

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»**

На правах рукописи

Попов Сергей Максимович

**Истерические расстройства
в структуре эндогенных психических заболеваний
аффективного и шизофренического спектров**

3.1.17–Психиатрия и наркология (медицинские науки)

Диссертация

на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель –
доктор медицинских наук
Бархатова Александра Николаевна

Научный консультант –
доктор медицинских наук, профессор
Клюшник Татьяна Павловна

Москва – 2023

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. Обзор литературы.....	17
ГЛАВА 2. Характеристика материала и методы исследования.....	41
ГЛАВА 3. Психопатологические особенности истерических расстройств в структуре эндогенных заболеваний аффективного и шизофренического спектра.....	61
3.1 Общие феноменологические и психопатологические характеристики истерических расстройств.....	61
3.1.1. Конверсионные расстройства.....	65
3.1.2 Соматоформные расстройства.....	68
3.1.3 Диссоциативные расстройства.....	70
3.2. Типологическая дифференциация истерических расстройств, возникающих в рамках эндогенных аффективных заболеваний и шизофрении.....	73
3.2.1 Истерическая симптоматика, сопряженная с аффективными расстройствами.....	75
3.2.2 Истерические расстройства, сопряженные с психотической симптоматикой.....	92
3.2.3 Кастовая истерическая симптоматика.....	108
ГЛАВА 4. Особенности течения эндогенных заболеваний аффективного и шизофренического спектра, протекающие с соучастием истерического симптомокомплекса.....	122
4.1 Эндогенные расстройства аффективного спектра. Общие клинические характеристики нозологических форм, протекающие с участием истерических расстройств.....	122

4.1.1	Клинические особенности биполярного аффективного расстройства с сопряженной истерической симптоматикой.....	127
4.1.2	Клинические особенности рекуррентного депрессивного расстройства с сопряженной истерической симптоматикой.....	143
4.2	Особенности эндогенных заболеваний шизофренического спектра, в рамках которых развиваются истерические расстройства.	155
4.2.1	Клинические особенности шизофрении параноидной с эпизодическим течением с сопряженной истерической симптоматикой.	159
4.2.2	Клинические особенности шизотипического расстройства с коморбидной истерической симптоматикой.....	174
ГЛАВА 5. Психопатологические особенности пациентов с эндогенными заболеваниями аффективного и шизофренического спектра, протекающими с истерическими расстройствами.....		204
ГЛАВА 6. Иммунологические особенности эндогенных заболеваний аффективного и шизофренического спектра, протекающих с истерическим симптомокомплексом.		242
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.		266
ВЫВОДЫ.....		297
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....		302
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....		303
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА.		323
ПРИЛОЖЕНИЯ.....		327

ВВЕДЕНИЕ.

Актуальность темы исследования.

За последние десятилетия научная психиатрическая литература пополняется новыми данными, освещающими важные теоретические и практические вопросы психиатрии, в ряду которых одно из ключевых мест занимает проблема диагностической оценки психических болезней. Различия в понимании, как психопатологического содержания психических состояний, так и их терминологической сути, приводит к расхождению мнений исследователей в вопросах диагностики психических заболеваний, что создает большие затруднения при попытках экстраполяции результатов в область практической психиатрии. Отсутствие ясных и определенных характеристик предмета исследования, а также надежных методик по их оценке и валидации существенно ограничивает исследовательские возможности. Сказанное, в большой мере, относится и к одной из важнейших проблем современной психиатрии – состояния вопроса об истерических расстройствах, особенно в тех случаях, когда речь идет о коморбидности с эндогенными аффективными и шизофреническими заболеваниями [Бархатова А. Н., 2016].

Истерия представляется одной из наиболее спорных и сложных проблем в ряду изучения психической патологии. В первую очередь это определено серьезными диагностическими трудностями, связанными с разнообразием проявлений истерических симптомов или синдромов и их тенденцией к вариабельности [Бархатова А. Н., 2020; А. Б. Смулевич, Дубницкая Э. Б., 1976; Семке В. Я., 1988; Якубик А., 1982; Briquet P., 1859; Charcot J., 1889; Janet P., 1892; Kretschmer E., 1926]. В особенности, это также связано с тем, что для истерических нарушений типичны обратимость нервно-психических расстройств и отсутствие видимых патоморфологических изменений в нервной системе при внешнем многообразии проявлений, таких как психических, моторных, сенсорных,

вегетативно-висцеральных расстройств [Попов С. М., 2019; Ромасенко Л. В., 1993; Якубик А., 1982].

Расхождения классификационных схем, дефиниций истерии и клинических форм истерических синдромов объясняются не только различием взглядов на сущность и генез истерических расстройств, но и разнородностью концепций в отношении подходов. Истерические расстройства представляют собой феноменологически гетерогенную группу видов реагирования, объединенных диссоциативными и конверсионными расстройствами как транзиторными, так и константными. Согласно DSM-IV [Diagnostic Criteria From DSM-IV, 1994], эссенциальной чертой диссоциативного состояния является нарушение интеграции между обычно "интегрированными функциями сознания, памяти, идентичности или восприятия окружающего". Основными проявлениями конверсионного расстройства являются потеря или нарушение физического функционирования, что способствует появлению мнения о наличии физического органического расстройства [Попов С. М., 2019]. В МКБ-10 [The ICD-10 Classification, 1992] диссоциативные и конверсионные расстройства отнесены к одной рубрике «F44», в DSM-IV эти же нарушения, также включены в раздел – «соматоформное расстройство». В разработанной в 2013 году DSM-V [Diagnostic Criteria From DSM-IV, 2013] истерические расстройства вновь разведены к разным рубрикам, так конверсионные расстройства получили новое название: «functional neurological symptom disorder», критерии отнесения охватывают тот же диапазон симптомов, что и в МКБ-10, но рассматриваются вне связи с психотравмирующим триггером. Диссоциативные симптомы в DSM-V отнесены к отдельной рубрике «dissociative disorder» (300.6-300.15 по DSM-V) и анализируются наряду с деперсонализацией и дереализацией [Бархатова А. Н., 2020; Попов С. М., 2019].

На протяжении многих лет психопатологическое выражение и суть истерических расстройств на в рамках эндогенных психических заболеваний

расценивались далеко неоднозначно. Популярные и поддержанные представителями разных научных школ и направлений позиции нередко предполагали кардинально разные подходы. Диапазон представлений варьировал от рассмотрения истерической симптоматики с позиции совокупности ряда неспецифических симптомов, отражающих клинически различные состояния до представления истерического синдрома как одного из признаков эндогенного процесса. [Charcot J., 1889; Janet P., 1892; Kretschmer E., 1924; Бархатова А. Н., 2016].

Немногочисленные исследования последних лет уделяли внимание в основном вопросам узконаправленных специфических тенденций, в основном касающихся проявлений истерии в рамках заболеваний невротического регистра [Дюкова Г. М., 2013; Забылина Н. А., 2007; Попов С. М., 2019; Серебренникова Л. В., 2010; Строев Ю. И., Чурилов Л. П., 2013; Balaratnasingam S., 2006; Dhadphale M., 2016; Galli S., 2017; Mink J. W., 2013]. Сложность дифференциации истерии и шизофрении (прежде всего на этапе неврозоподобного и психопатоподобного дебюта эндогенного заболевания с истероформными проявлениями) отмечается многими клиницистами [Гильбурд О. А., 2007; Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Дороднова А. С., Мовина Л. Г., 2000; Данилов Д. С., 2010; Семке В. Я., 1988, 2008; Смулевич А. Б., 2009; Jones P. V., Buckley P. F., Kessler D., 2006; McGorry P. D., Mihalopoulos C., Henry L., Dakis J., Jackson H. J., Flaum M., Harrigan S., McKenzie D., Kulkarni J., Karoly R., 1995]. Описанию преморбидных особенностей больных шизофренией с истерическими проявлениями посвящен ряд работ [Личко А. Е., 1989; Наджаров Р. А., 1956; Симеон Т. П., 1923; Смулевич А. Б., 1983; Шендерова В. Л., 1974]. Также в научных исследованиях рядом авторов описаны истерические проявления при шизофрении в ремиссионный период [Воробьев В. Ю., 1988; Ильина Н. А., 2004; Иконников Д. В., 2004; Царук Т. П., 1992; Чиковани Г. О., 1997]. В то же время, за последние десять лет, наблюдается дефицит работ, посвященных истерическим расстройствам, формирующимся в структуре эндогенных

психических расстройств, их патоморфозу и динамике [Попов С. М., 2019]. Особый интерес представляет изучение биологических, патохарактерологических и психосоциальных predispositional факторов развития истерических расстройств.

Наиболее часто диссоциативные и конверсионные расстройства выявляются в общемедицинской сети, в связи с тем, что диагностические дифференциальные методики и терапия таких состояний сопряжена со значительными трудностями [Van der Kolk B. A, 1996; Walker E. A. 1992]. Среди женского контингента соматического стационара конверсионная симптоматика отмечается в 30% случаев [Woodruff R., 1967] и у 20% - 25% больных общесоматической амбулатории [Engel G. L., 1999; McKegney F. P., 1963]. Среди амбулаторного психиатрического контингента, единичные конверсионные симптомы выявляются у 24% больных вне истерического характерологического регистра, а у 10% - множественные симптомокомплексы наблюдаются с истерическим радикалом личности, а также в структуре депрессии [Guze S., 1971]. Среди подростков с конверсионными расстройствами в 15,7% случаев диагностируется коморбидное депрессивное расстройство и в 37,2% случаев тревожные расстройства [Pehlivanurk B., 2000]. Таким образом, проявления диссоциативных и конверсионных расстройств, соматизированной депрессии и тревоги, согласно современным данным, обнаруживают высокий уровень коморбидности [Breslau N., 1991; Uguz S, 2003]. В целом, недостаточная определенность соответствующих категорий МКБ-10 и DSM-IV предполагают наличие широкого спектра психических состояний, имеющих психопатологическое перекрывание диссоциативно-конверсионной, соматоформной, депрессивной и тревожной симптоматики [Smith M., 2002], что затрудняет диагностику и выбор терапии. В связи с чем, уточнение границ психических состояний, истинных психопатологических взаимоотношений не только между синдромами, но и симптомами в рамках

сочетанных диссоциативно-конверсионных и аффективных расстройств представляется актуальной задачей.

Некоторые исследователи считают, что при сочетанном проявлении аффективной патологии и истерической симптоматики механизм конверсии может способствовать вытеснению классических симптомов депрессивного расстройства и преимущественному стимулированию симптомов тревоги, что маскирует собственно гипотимическую симптоматику [Gorgen T., 1995; Neimaim H., 1973]. Формирование клинической картины маскированной депрессии и коморбидных депрессивных и диссоциативных расстройств могут быть сведены к единому механизму [Циркин С. Ю., 2002].

Кроме того, представляет интерес вопрос о психопатологическом патоморфозе истерических расстройств, формирующихся в рамках течения эндогенного психического заболевания аффективного и шизофренического спектров. В связи с этим разработка алгоритмов ранней диагностики истерических расстройств у пациентов с эндогенными психическими расстройствами представляется актуальной и своевременной задачей. Представляется важным разработать четкую комплексную типологическую оценку истерических расстройств с учетом закономерностей дальнейшего течения заболевания, преморбидной структуры личности и наследственной предрасположенности, клинико-биологических особенностей [Попов С. М., 2019].

Степень разработки темы исследования.

Данные о разработке заявленной темы достаточно обширны, между тем, разрозненность предлагаемых гипотез и результатов приводит к тому, что ни одно из проведенных ранее исследований не содержит исчерпывающего и полного анализа проблемы. Данные психопатологического и феноменологического анализа истерических расстройств в структуре эндогенных психических заболеваний, отраженные в ряде публикаций последних двадцати лет [Даниленко О. А., 2011; Дубницкая Э. Б., 1979; Ильина Н. А., 2004; Пшеничных И. В., 2006;

Перчаткина О. Э., 2004; Чиковани Г. О., 1997] представлены отдельными описательными категориями и не содержат сведений о клинико-психопатологическом патоморфозе, а также клинико-патогенетическом вкладе истерической симптоматики в формирование эндогенного заболевания. Остаются, также, не в полной мере изученными вопросы психопатологической дифференциации истерических расстройств и их соотношения с психопатологическими симптомокомплексами иных регистров. Недостаточно определена роль истерических расстройств в отношении клинической картины и типологической структуры ремиссий, формирующихся после манифестации эндогенного психического заболевания аффективного и шизофренического спектра [Бархатова А. Н., 2016].

В основу предлагаемых классификаций положены разные критерии систематики, что создает необходимость формирования унифицированного подхода, ориентированного на единый диагностический принцип [Бархатова А. Н., 2016]. До сих пор не разработана система дифференциально-диагностической тактики, способствующая значительной оптимизации диагностических алгоритмов с учетом выявляемого спектра истерических расстройств, не существует четкого определения роли истерического симптомокомплекса в прогностическом аспекте – в плане долгосрочного течения и исходов эндогенного психического заболевания.

До настоящего времени не нашли полного отражения данные о вкладе клинико-биологических, в частности результатов нейроиммунологических и патопсихологических исследований в диагностику истерических расстройств. Не сформулирован комплексный подход к диагностике, что существенно затрудняет продолжение дальнейших исследований в данном направлении [Бархатова А. Н., 2016].

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 [Попов С. М., 2022].

Задачи исследования:

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. Выявление ряда патогенетических закономерностей (нейроиммунологических и патохарактерологических) на этапах формирования эндогенного психического заболевания аффективного и шизофренического спектра и установление корреляций с формированием и профилем истерических расстройств.

Научная новизна исследования.

Впервые проведено клинико-психопатологическое исследование истерических расстройств в структуре эндогенных аффективных и шизофренических заболеваний, в результате чего были выявлены различия как в психопатологических проявлениях истерических расстройств, их структуре, закономерностях развития, так и в связи с аффективным континуумом, шизофреническим процессом и преморбидными особенностями, что позволило предположить вовлеченность в их развитие различных факторов. Впервые на основании проведенного комплексного интегративного исследования установлена преемственность психопатологической картины истерических расстройств при формировании

клинико-психопатологической картины ремиссий на начальном и на отдаленном этапах эндогенных психических заболеваний, что позволило предположить существование устойчивых тенденций течения, коррелирующих с профилем истерических расстройств, и возможность осуществления клинико-функционального прогноза. Исходя из варианта взаимосвязи истерических расстройств и эндогенного психического заболевания, в рамках которого они формировались, были выделены три ведущих механизма, послужившие основанием типологического деления истерических расстройств, формирующихся в континууме аффективного или шизофренического заболевания: 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) варианты. Выделенные типологические конструкции истерических расстройств в рамках эндогенных заболеваний, в основании которых положен механизм взаимодействия с собственно тимическими или психотическими расстройствами, представляются клинически обоснованными. Проведенное исследование позволило выявить предпочтительные типы динамики развития истерических расстройств при аффективных заболеваниях и шизофрении, что имеет прогностическое значение и влияет на выбор терапевтической тактики. Предположение о существовании связи между типами истерических расстройств и варианта течения эндогенного процесса, подтверждено данными анализа установленных корреляций между вариантами психопатологической картины истерических расстройств, выявляемых в структуре эндогенных психических заболеваний и качеством социального функционирования на более поздних этапах течения заболевания (данные длительного катамнестического наблюдения). С привлечением патопсихологического и нейроиммунологического метода обследования выявлены личностные особенности, специфичные для

больных эндогенным аффективным или шизофреническим заболеванием с формированием истерических расстройств, и изучено влияние истерических расстройств на нейроиммунологические маркеры крови.

Теоретическая значимость исследования.

Проведенное исследование, новые данные, расширяющие понимание проблемы клинико-психопатологических особенностей эндогенного аффективного и шизофренического заболевания позволяют приблизиться к пониманию роли психопатологии истерических расстройств, формирующихся в континууме заболевания, что позволяет обосновывать предпосылки для возобновления фундаментальных исследований, ориентированных на модернизацию и решение проблем в сфере прикладного знания. Результаты проведенного исследования вносят научный вклад в развитие учения об аффективной и шизофренической психической патологии, детализируют особенности психопатологической структуры и течения эндогенных психических заболеваний с феноменом истерических расстройств в их структуре, как в рамках эндогенных заболеваний аффективного круга, так и шизофрении. Выявление психопатологических особенностей истерических расстройств, различий механизмов их формирования позволили разработать их типологию, имеющую диагностическое значение, способствующую клиническому разграничению подобных состояний и выбору терапевтической тактики. Полученные данные о закономерностях течения заболевания к моменту катамнестического наблюдения отражают гетерогенность изученных состояний, способствуют решению сложных прогностических задач, возникающих при распознавании и клинической картине аффективных и шизофренических состояний с истерическими расстройствами. При помощи патопсихологического метода обследования установлено, что истерические расстройства выявляются у пациентов не только истерического личностного радикала, а также и в других характерологическим кластерах, а также установлено влияние преморбидных личностных особенностей на клинико-

психопатологическую картину истерических расстройств, а также течение основного эндогенного заболевания. При помощи нейроиммунологического метода обследования выявлены иммунологические кровеносные маркеры, выполняющие предрасположенную роль в возникновении истерических расстройств в континууме аффективных и шизофренических заболеваний, а также отражающие глубину и тяжесть клинических проявлений. Полученные результаты имеют теоретическую значимость и представляются перспективными для дальнейших разработок.

Практическая значимость исследования.

Практический вклад проведенной работы заключается в оптимизации решения проблемы адекватной диагностики истерических расстройств в континууме эндогенных психических заболеваний аффективного и шизофренического спектра. Сформулированные критерии, облегчая своевременное распознавание и определение расстройств уже преморбидном этапе, во многом способствует внедрению в практику врача аргументированных алгоритмов терапевтической тактики, что в свою очередь минимизирует и способствует адекватной превенции деструктивных последствий эндогенного заболевания. Кроме того, разработанная типология, апеллируя к критериям дифференциально-диагностической диагностики, определяющаяся истерическим симптомокомплексом, способствует более четкой и понятной врачу-практику аргументации разграничения и перспектив форм течения эндогенного психического заболевания. Полученные в процессе проведенного исследования данные способствуют решению задач, связанных со своевременной диагностикой и определением индивидуального прогноза при формировании истерических расстройств в структуре аффективных и шизофренических заболеваний. Предложенная типология, а также выявленные клиничко-динамические особенности изученных состояний, помогают выработать персонализированный подход к решению вопросов, касающихся комплексной терапии. Результаты, полученные в данной диссертационной

работе, могут использоваться при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области. Проведенное исследование имеет высокую практическую значимость и в связи с тем, что способствует решению проблемы ранней диагностики, направленной на своевременное качественное распознавание клинической формы и определения перспектив отдаленного прогноза.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический, клинико-психометрический, патопсихологический, клинико-биологический.

В качестве инструментов исследования были использованы: психопатологический анализ, клиническое наблюдение, рассмотрение анамнестических данных, в качестве вспомогательных были использованы формализованные методики, в частности стандартизированные психометрические шкалы для оценки позитивных и негативных расстройств (PANSS), шкалы для количественной оценки состояния пациентов с депрессивными состояниями (HDRS) и ряда патопсихологических шкал (см. приложение).

Критерии не включения:

- 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.

Критерии включения:

- 1) возраст от 18 до 58 лет на момент госпитализации;

2) диагноз эндогенного психического заболевания (F2X.XXX, F3X.XX по МКБ-10)

3) наличие в структуре наблюдаемого состояния диссоциативно-конверсионной симптоматики (F4X.X по МКБ-10)

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Типологические конструкции истерических расстройств, формирующиеся в рамках эндогенной патологии аффективного и шизофренического спектров, представляются клинически обоснованными.

2. 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.

3. Установленные различия как в психопатологических проявлениях истерических расстройств, так и их тематике, закономерностях развития, корреляции с острой фазой или приступом и преморбидными особенностями позволили предположить принципиально различные механизмы их формирования.

4. Истерические расстройства и особенности их динамики в структуре эндогенных психических заболеваний свидетельствуют о различной нозологической принадлежности и определяют прогностическую суть.

5. Патопсихологические и нейроиммунологические корреляты, состояний протекающих с соучастием истерических расстройств подтверждают обоснованность предложенной нозологической дифференциации.

Достоверность научных положений и выводов.

Репрезентативность материала (70 набл.), комплексная методика обследования, включающая сочетание клинико-психопатологического,

катамнестического (50 набл.), патопсихологического, клинико-биологического и статистического методов, обеспечивают достоверность научных положений и выводов.

Степень достоверности результатов проведенного исследования обеспечивалась лично автором на протяжении всего исследования и достигалась путем проведения детального феноменологического и клинико-психопатологического анализа репрезентативной выборки (70 набл.), а также привлечения клинико-катамнестического обследования (для 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.

Была проведена статистическая обработка данных, в условии сопоставления клинической и катамнестической частей выборки, что позволило сделать заключение о правомерности и обоснованности результатов, а также валидности предложенных выводов.

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности «3.1.17–Психиатрия и наркология (медицинские науки)». По теме диссертации опубликовано 3 статьи – в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации. Основные положения диссертации были представлены на следующих конференциях: Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященная 75-летию Научного центра психического здоровья (7 июня 2019 года); Всероссийской конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского (9 октября 2020 года); 29 Европейском психиатрическом конгрессе (10 апреля 2021 года); Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы суицидологии» (19 мая 2023 года).

Внедрение результатов исследования.

Разработанные в исследовании методические подходы внедрены в практику в филиале ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер №13», филиале ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер №15», филиале ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 9».

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.

Изучение истерических расстройств привлекало внимание исследователей с начала формирования медицины как науки, однако под пристальное внимание ученых истерия попала только в XIX веке. Истерия является одной из наиболее спорных и сложных проблем, о чем свидетельствуют диагностические трудности, связанные с полиморфными проявлениями истерических симптомов или синдромов [Попов С. М., 2019].

В клинической психиатрии истерические состояния рассматривались с множества позиций: клиничко-психопатологических, дифференциально-диагностических, клиничко-физиологических, клиничко-биохимических, клиничко-психологических, клиничко-генеалогических и транскультуральных. Однако, в современной трактовке истерических состояний сохраняется отсутствие единого подхода, что, в частности, связано с различными дефинициями истерических расстройств, согласно нескольким международным классификациям (DSM-IV, DSM-V, МКБ-10, МКБ-11).

Большой вклад в изучение психопатологической картины истерических расстройств внесли P. Briquet; J. Charcot; P. Janet; S. Freud; E. Kretschmer; Э.Б. Дубницкая; А.Б. Смулевич; И.П. Павлов; В.Я. Семке; А. Якубик. Отдельной существенной проблемой дифференциальной диагностики является сочетание истерических расстройств с аффективными и психосоматическими расстройствами - органическая, так называемая симптоматическая истерия, когда проявления истерии выступают как «маска» другого заболевания. Неоднозначно трактуется и оценивается роль истерической личности в генезе симптомов и ее влияние на клиническую картину и течение основного эндогенного заболевания. В патогенезе и течении истерических расстройств истерическая личность не всегда является условием появления истерического синдрома, поскольку истерические расстройства могут возникать у больных с различными типами личности, и напротив, поведение, характерное для истерической личности, довольно

часто перекрывает или искажает симптоматику разнообразных психических и соматических расстройств и затрудняет распознавание собственно формирования истерических синдромов. Немаловажным оказывается сочетание истерических расстройств типа чувствительно-двигательных дисфункций с эндогенной депрессией, различными формами шизофрении, опухольями мозга, генерализованными органическими нарушениями различной этиологии, эпилепсией, посттравматическими синдромами, алкоголизмом, хроническим галлюцинозом [Попов С. М., 2019; Якубик А., 1982].

Клинические исследования в области истерических расстройств многочисленны и разноречивы: от признания «собственной клинической физиономии» до полного отрицания нозологической гетерогенности симптомокомплексов и возможностей их патогенетического изучения. В одной из монографий Якубика А. утверждается, что «современные взгляды на истерические расстройства по существу не отличаются от традиционных концепций более чем 50-летней давности и столь же мало применимы на практике».

Одной из главных проблем изучения истерии является ее континуальный клинический патоморфоз, связанный с социально-культуральной динамикой развития общества, изменения личностного ценностного регистра в сторону утончения интерперсональных факторов, характера зависимостей и потребностей, что четко отмечается на протяжении XX-XXI веков [Попов С. М., 2019; Фелинская Н.И., 1979]. С конца XX столетия зарегистрировано снижение числа «больших» истерических припадков и исчезновение массовых истерий [Семке В. Я., 1988]. А. Якубик описывал уменьшение числа проявлений истерической психотической симптоматики (припадков, сумеречных расстройств сознания, галлюцинаций воображения), которые замещались в последние десятилетия невротическими формами истерических расстройств, органически-психогенными дисфункциями, что свидетельствует об увеличении

проявлений невротической истерической симптоматики. Мнение множества клиницистов об уменьшении проявления истерических расстройств за последние десятилетия основывается на недоучете роли широких эпидемиологических исследований в пограничной психиатрии, а также возникающих трудностей в дифференциации истерических расстройств и других невротических состояний [Попов С. М., 2019].

Расхождения классификационных схем, дефиниций истерии и клинических форм истерических синдромов объясняются не только различием взглядов на сущность и генез истерических расстройств, но и разнородностью исходных концепций. Истерические расстройства представляют собой феноменологически гетерогенную группу, объединенных диссоциативными и конверсионными расстройствами как транзиторными, так и константными (что по классификациям МКБ-10 и DSM-IV объединяется в один класс). В МКБ-10 диссоциативные и конверсионные расстройства отнесены к одному классу F44, в DSM-IV конверсионные нарушения включены в раздел - соматоформное расстройство. В принятой в 2013 году DSM-V истерические расстройства вновь разведены и отнесены к разным классам: так, конверсионные расстройства получили новое название: «функциональное неврологическое расстройство», критерии охватывают тот же диапазон симптомов, что и в МКБ-10, но рассматриваются вне связи с психотравмирующим триггером. Диссоциативные симптомы в DSM-V отнесены к отдельной рубрике «Диссоциативное расстройство» (300.6-300.15) и анализируются наряду с деперсонализационными и дереализационными расстройствами. Из последней представленной модели МКБ-11, известно лишь то, что истерические расстройства будут входить в раздел 06 «Психические расстройства, расстройства поведения или нарушения развития нервной системы» [Попов С. М., 2019].

В диагностической системе МКБ-10 категория диссоциативных (конверсионных) расстройств включает большую группу состояний,

характеризующихся псевдоневрологическими симптомами (параличи, судороги, потеря чувствительности, нарушения походки). В DSM-IV в противоположность этому относят конверсионные расстройства к рубрике «соматоформные расстройства». Подобное разделение в DSM-IV, по утверждению ее разработчиков, является в первую очередь практическим, а не концептуальным, и направлено на то, чтобы подчеркнуть отсутствие соматической подоплеки при установлении соответствующего диагноза. В МКБ-10 из группы диссоциативных расстройств также исключаются деперсонализационные расстройства, так как для них нехарактерна значительная потеря контроля над чувствительностью, памятью или движениями, и они не связаны со значительными изменениями в восприятии собственной идентичности. Если в МКБ-10 транс и состояния одержимости включаются в число диссоциативных расстройств, то в DSM-IV они относятся к «диссоциативным расстройствам, нигде более не классифицированным». Напротив, в DSM-IV диссоциативное расстройство личности имеет собственную категорию, а в МКБ-10 оно под своим старым названием «расстройство множественной личности», находится в группе других диссоциативных расстройств. В DSM-IV также требуется наличие по меньшей мере трех диссоциативных симптомов для диагностики острого стрессового расстройства, в то время как диссоциативные симптомы используются при диагностике этого расстройства в МКБ-10. Различия между DSM-IV и МКБ-10 не только иллюстрируют сложившуюся вокруг концепции истерических синдромов путаницу, но и способствуют сохранению этой путаницы. Одной из основных проблем является то, что определение диссоциативных, конверсионных и соматоформных симптомов в этих системах является более широким и менее операционализированным, чем большинство терминов в психопатологии, таких как фобия или паническая атака [Попов С. М., 2019].

Изучение достаточно обширного научного фундамента, собранного за всю историю медицины, позволяет выделить три этапа в развитии учения об

истерических состояниях: 1-й этап – предыстория (с древних времен до середины до середины XIX века); 2-й этап – клинико-описательный (с 50-х годов XIX века до начала XX века) и 3-й этап – современный. Первый этап учения об истерии характеризуется разнообразием клинических взглядов и представлений (по данным Р. Janet к 1847 г. существовало около 50 определений истерии) и отсутствием четких научных теоретических определений, объясняющих этиологические и патогенетические механизмы данного заболевания. На втором этапе, в оценке Р. Janet осуществлено «фундаментальное дело, дело клиники; с необыкновенным терпением и проникновенностью все великие клиницисты внесли порядок в этот истинный хаос, распределив симптомы по отдельным, различным между собой группам». Основываясь на проделанной работе, в начале XX века в рамках «большой истерии», описанной французским исследователем Шарко, выделены различные формы ее проявления – психотическая, невротическая и психопатическая. Основным звеном проблемы изучения истерических расстройств на третьем этапе являлась их детальная систематика с позиции клинико-динамического и патогенетического анализа, углубленное изучение истерической личности, разработка дифференциально-диагностических критериев и совершенствование на этой основе профилактических и реабилитационных мероприятий. Огромный вклад в решение данных вопросов внесли работы П.Б. Ганнушкина и О.В. Кербилова.

В отечественной психиатрии традиционно преобладал нозологический подход в изучении истерических состояний, – истерический психоз, невроз и психопатию. Основываясь на многолетнем клинико-динамическом и нейрофизиологическом исследовании истерических состояний (неврозы, психопатии и реактивные психозы), В.Я. Семке установил их нозологическое единство, представленное в рамках «истерической болезни». Это было обосновано смежностью и общностью этиологических, патогенетических и предрасполагающих факторов, которые реализовывались в ситуациях нарушенных интерперсональных отношений

различной степени выраженности и значимости, приводящих к возникновению истерической патологии, с соответственно развивающимся психофизиологическим механизмом: для невротического регистра характерно «бегство в болезнь», для психотического – возникновение диссоциации сознания «уход из действительности», а для психопатического – жажда внимания, имитации шаблонов окружающей среды, проявление глубинных защитных инстинктов [Попов С. М., 2019].

Для истерических нарушений типичны обратимость нервно-психических расстройств и отсутствие видимых патоморфологических изменений в нервной системе при внешнем многообразии проявлений таких как психические, моторные, сенсорные, вегетативно-висцеральные расстройства.

Стоит отметить, что за последние десять лет в области изучения истерических расстройств акцент смещается на выявление четких классификационных схем. Многие авторы подчеркивают, что использование единого термина «диссоциация» для большого числа феноменов приводит к заметной путанице [Allen J. G., 2001; Ehlers A., 2000; Frankel F. H., 1990; Kihlstrom J., 1999; Van der Kolk B. A., 1995]. В связи с этим, начиная с 1990х годов взгляд ученых по большей части фокусировался на создании концепции диссоциации. Carden'a, к примеру, привел три широкие категории диссоциации – (1) диссоциация – это неинтегрированные психические модули или системы, (2) диссоциация – это нарушение сознания, проявляющееся в чувстве отграничения от собственной личности или мира и (3) диссоциация как защитный механизм [Попов С. М., 2019].

В пределах первой категории Carden'a описал некоторое количество состояний, которые нельзя отнести к исключительно патологическим (например, состояние с раздвоенным вниманием) и подчеркивал, что их не стоит относить к диссоциации в клиническом смысле этого слова. Автор относит к «истинной», первой категории, только состояния, подобные амнезии или параличу неорганического генеза, которые характеризуются

дисфункцией в области внимания, памяти, активности, а также отличаются следующими свойствами: невозможность коррекции усилием воли, сохранение реальной функции системы и обратимость процесса. Ко второй категории отнесены такие феномены как деперсонализация и дереализация. Третья категория, в сущности, может быть сведена к первым двум [Попов С. М., 2019].

Allen, а в дальнейшем и последователи его идеи, выделяет два типа диссоциации, пользуясь терминами «детачмент» (detachment, англ. — сепарация, разъединение) и «компарментализация» (compartmentalization, англ. — инкапсуляция, изоляция). Первый тип представлен стойкими и протяженными во времени формами расстройств самосознания, сопровождающимися отчуждением (полным или парциальным) травматического события и его последствий, эквивалентен традиционным понятиям деперсонализации, дереализации. В свою очередь компармент-диссоциация при которой расстройства психической деятельности носят парциальный характер — определяются дефицитом способности контролировать психические процессы, которые в норме доступны контролю со стороны сознания, и представлены – амнезией, фугой и тому подобные состояниями, а также диссоциативным расстройством личности [Allen J. G., 2001; Brown R. J., 2016; Holmes E., 2005]. В соответствии с исследованиями O. Van der Hart, а также E. Holmes, компарментализация в отличие от детачмента не сопровождается полной сепарацией стресспровоцирующих событий [Van der Hart O., 1993]. «Будучи компарментализированным, психический процесс продолжает функционировать и влиять на эмоции, когнитивные процессы и поведение» [Заваденко Н. Н., 2014; Иванов С. В., 1971; Симашкова Н. В., 2012; Смулевич А. Б., 1988]. Putnam также проводил грань между «симптомами процесса диссоциации» (дереализацией и деперсонализацией) и расстройствами, обусловленными дефицитом интеграции между различными частями психики, как при диссоциативном расстройстве личности [Frank W. Putnam 1997]. Brown различал первый тип

диссоциации (фуги, амнезии, параличи) и второй тип (деперсонализация, перитравматический стресс и out of body experience). Van der Kolk при анализе психических травм разграничивают деперсонализацию, дереализацию и состояния с сепарацией травматических переживаний [Попов С. М., 2019].

В отдельных исследованиях широко обсуждаются теоретические аспекты истерии с точки зрения классического психоанализа, неопсихоанализа, антропологической психиатрии, и бихевиоризма. Немногочисленные исследования последних лет уделяли внимание в основном вопросам узконаправленных специфических тенденций, в основном касающихся проявлений истерии в рамках заболеваний невротического регистра [Balaratnasingam S., 2006; Dhadphale M., 2016; Galli S., 2018; Mink J. W., 2013]. А истерические расстройства, формирующиеся в структуре эндогенных психических заболеваний (непрерывнотекущей, приступообразной, приступообразно-прогредиентной, вялотекущей шизофрении, а также аффективного регистра), их патоморфоз и динамика не находят должного отражения в современных публикациях этого века. Однако регистр эндогенных заболеваний с приступообразным или фазным течением остается весьма малоизученной областью [Попов С.М., 2019].

Дифференциация истерических расстройств и шизофрении (в основном на этапе невротоподобного и психопатоподобного дебюта эндогенного заболевания) с истероформными проявлениями представляет отдельную актуальную проблему, поскольку значимым является не только изучение процессуальных ядерных явлений, но и фасадная симптоматика [Нечаева А.С., 2009; Andreasen N. С., 2007]. Еще в 1892 году Р. Jannet описывал истерию как «расщепление психических процессов», а Е. Bleuer, выделяя шизофренический психоз, использовал понятие «расщепления», основываясь на механизме диссоциаций истерического генеза. А в американских и европейских классификациях по настоящее время термин

«диссоциация» употребляется при описании и шизофрении, и истерии [Лапланш Ж., Понталис Ж. Б., 2010; Попов С.М., 2019].

Сложность дифференциальной диагностики истерии и шизофрении описывали множество авторов: В.Я. Семке, Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Данилов Д.С., Дороднова А.С., Мовина Л.Г., Jones P.B., Buckley P.F., Kessler D. В том числе особую нишу в медицинском сообществе занимали работы по изучению преморбидных личностных характеристик у больных шизофренией с истероформной симптоматикой [Личко А. Е., 2010; Смулевич А. Б., 1988]. Изучением истерических явлений в ремиссионный период при шизофрении занимались Г.О. Чиковани, Н.А. Ильина, Д.В. Иконников. Стоит отметить, что за последние десятилетия отмечается дефицит исследовательских работ, посвященных адаптации, социальной реабилитации, психотерапевтическому лечению больных данной группы несмотря на то, что биопсихосоциальный подход к истерии позволит снизить уровень рецидивов, а также улучшить качество ремиссии [Попов С.М., 2019].

В 1900 году L. Morawitz занимался изучением двигательных нарушений при кататонии и истерии, их дифференциальной диагностике. Он описывал случаи «деградации истерических припадков в шизофренические». А в 1923 году E. Kretschmer описывал схожесть гипобулических проявлений при кататонической шизофрении и истерии. Н. Varuk в 1952 году в том же вопросе отмечал сходство истерии и кататонии в их «псевдосимулятивных» чертах, а различия в интенсивности соматоформной симптоматики. Изучением тяжелых форм психозов с продромальными явлениями в виде истерических расстройств занимался M. Urstein в 1922 году. В 1911 году Сухановым С.А. была написана работа по изучению псевдоневротических расстройств при слабоумии с симптомокомплексом истерических нарушений.

Еу Н. в 1936 году выделял облигатные симптомы для шизофренического процесса с расстройствами сходными с истерическими, которые включали: эксцентричность поведения, психопластические

иллюзии, элементы внушения, мифоманические выдумки, бегства, амнезии по типу отвержения воспоминаний, приступы конвульсий, напоминающие каталептические состояния с театральностью и гиперэкспрессией [Попов С.М., 2019].

В 2000 годах В.Я. Гиндкин и А.Б. Смулевич в своих работах выделяли три основных этапа формирования истерической симптоматики в рамках развития шизофрении: 1 – возникновение гипертрофированных проявлений нарушений поведения у личности истерического круга; 2 – возникновение гротескных диссоциативных, конверсионных симптомов, нарастание негативных шизофренических изменений по типу дефекта «искажения личностных черт», а также дальнейшее углубление тяжести нарушений поведения, по своим проявлениям схожим с гебоидными расстройствами; 3 – стереотипизация, обеднение истерических явлений, нарушения мышления по типу резонерства, соскальзывания, паралогий, наплывов мыслей, и в том числе нарастание социальной дезадаптации [Попов С.М., 2019].

По данным К.Л. Иммерман и Л.В. Ромасенко истерическая симптоматика при эндогенном заболевании шизофренического спектра имеет тенденцию к стереотипизации с последующим усилением «гротескности стержневых симптомов» [Дмитриева Т. Б., Иммерман К. Л., 2003]. Клинико-нозологический аспект затяжной динамики истерических и истероформных состояний эндогенного происхождения подробно освещен в работах Э.Б. Дубницкой и В.Г. Козюли, где отмечается, что истерические явления при шизофрении постепенно приобретают «все более грубый, неадекватный характер и, утрачивая аффективную окраску, становятся однообразными, штампованными» [Дубницкая Э. Б., 1986; Антонян Ю. М., 1998]. О большей вероятности диагноза шизофрении при дифференциальной диагностике говорит недоступность истерических явлений внушению, стойкость и однообразие их проявлений по типу «штампа», сочетание истерических симптомов и навязчивостей, внезапные перемены в жизни больного, а также оттенок вычурности и манерности в поведении [Попов

С.М., 2019]. В пользу эндогенности свидетельствует диссоциация между массивностью клиники и затяжным характером психоза с небольшой патогенностью предшествующей вредности [Даниленко О. А., 2011]. По мнению большинства авторов, отличительной особенностью истерии от шизофрении является сохранение контакта больного с реальностью и отсутствие специфических негативных изменений при персистирующих расстройствах «первого ранга» (по Шнайдеру) в течение большей части жизни.

По мере течения эндогенного заболевания истерическая симптоматика утрачивает четкую взаимосвязь с психотравмой, стереотипизируется, обретает импульсивность и обнаруживает свою эмоциональную дисгармоничность, что связано с нарастанием дефицита личности. Не имея четкого начала, малопрогрессирующая шизофрения часто обнаруживает себя на начальном этапе актуализацией истерических расстройств, постепенно вырастая их характерных особенностей. По мнению А.Б. Смулевича (2009), нередко нажитая реактивная лабильность проявляется в рамках дебюта малопрогрессирующей шизофрении в виде спровоцированных истеродепрессий. Возникновение истерической симптоматики в дебюте эндогенного заболевания говорит в пользу высокой прогрессирующей и перехода в апато-абулический или кататоно-гебефренический синдром [Личко А. Е., 1989]. Также стоит отметить, что гебефреническая шизофрения, возникающая после психогений, отличалась длительным персистированием истерической симптоматики. В дальнейшем, по мере прогрессирования шизофрении к истерическим расстройствам, присоединялись obsessions, фобии, овладевающие представления, сенесто-ипохондрические расстройства. Далее истерические расстройства обретали стереотипность, приобретая характер монотонных штаммов, становились все более грубыми и неадекватными, бредоподобные грезы либо исчезали, либо обретали нелепый, абсурдный характер, редуцировались истероипохондрические расстройства, но нарастала астения, развивалась

социальная дезадаптация с преимущественным развитием аутизации и снижением эмоциональной контактности [Попов С.М., 2019].

В детском и подростковом возрасте, изучая шизофрению с истерическими расстройствами, М.Ш. Вроно в 1986 году отмечал, что болезнь часто манифестировала идеями отношения, аффектом страха, галлюцинациями воображения, элементарными слуховыми обманами, постепенно приобретая биполярное аффективное течение с нарастанием психопатоподобного поведения. Что указывало на преимущественное проявление расстройств диссоциативного регистра в раннем возрасте. Патологическое фантазирование и псевдология проявлялись в основном по внутренним потребностям и возникали без присутствия аудитории, напоминая грезы [Попов С.М., 2019].

У больных с поздним шизофреническим дебютом истерические расстройства проявлялись в виде психопатоподобной симптоматики, более грубой и гротескной, чем при инволюционной истерии [Бомов Р. О., 2007; Волель Б. А., 2007]. При обострении эндогенного заболевания в период инволюции, отмечалось, что чаще возникают затяжные депрессии с преобладанием конверсионной и истероипохондрической симптоматики.

А.Б. Смулевич, описывая в 2000 году истерошизофрению, выделял основные истерические расстройства невротического уровня – афония, контрактуры, писчий спазм, формирование истероипохондрии с истерофобиями, вегетативные расстройства, сенестоипохондрические явления, а также выделял истерические расстройства психотического уровня, такие как диссоциативный психоз с магическим мышлением, бред и галлюцинации воображения, ментизм с явлениями психического автоматизма, истерокататония. А В 2009 году Шмилович А.А., описывая комбинацию истерических расстройств и эндогенных психотических симптомов, писал, что соматоформная истерическая симптоматика подвергалась бредовой интерпретации, трансформируясь в висцеральный галлюциноз, бред одержимости или синдром Котара. Что говорит о прямой

корреляции истерических и психотических расстройств. Также Шмилович А.А. писал: «психогенный истерический психоз полиморфной структуры сосуществует с аффективно-бредовыми и кататоно-гебефреническими нарушениями процессуальной природы, причем эндогенная и психогенная части находятся в тесном межсиндромальном взаимодействии, трансформируясь друг в друга». Так синдром психогенного бредоподобного фантазирования приобретал черты острого чувственного бреда, когда мифоманические построения обретали для больного характер объективной реальности и утрачивалось критическое отношение к ним [Попов С. М., 2019].

Во многих работах возникновение истерических расстройств в структуре шизофрении связывалось с наследственной отягощенностью по обоим заболеваниям. В 2008 году А.С. Тиганов отмечал генетическое родство малопрогрессирующей шизофрении с пограничными состояниями, находя соответствие между фенотипом пробандов и конституциональной психической патологией в семьях. Исследование, проведенное в 1988 году Э.Б. Дубницкой, А.О. Фильц, Т.С. Черниковой, доказало генетическую общность (более половины исследованных генов) между истерической психопатией и истерошизофренией, опираясь на конституциональные признаки истерических расстройств [Попов С. М., 2019].

Коморбидная связь истерических расстройств с другими психическими заболеваниями, патохарактерологический и патоморфологический анализ в научной литературе представлены минимально. Можно упомянуть исследование Г.А. Бурмистровой, которая выделяла три варианта клинического соотношения психогенной (включая истерическую симптоматику) и шизофренической симптоматики: «нейтральное включение психогений в клиническую картину шизофрении, психогенный фасад эндогенного заболевания в дебюте шизофрении и выраженная психогенная симптоматика, маскирующая эндогенное заболевание». Зарубежные исследователи отмечали трудности

дифференцировки психогенного и эндогенного заболеваний, в частности возможность перекрытия истерической симптоматикой шизофреноформных проявлений с разным соотношением указанных расстройств [Shore J. H. 1989; White R., 2009; Попов С. М., 2019].

Изучение коморбидности истерических расстройств и аффективных заболеваний началось с начала 20 века с работ Kraft-Ebing R. в 1903 году, Graupp R. в 1905 году, а также E.Z. Reiss в 1910 году об истерической депрессии позднего возраста, в основном истеромеланхолического характера с заострением преморбидных или новых черт истеродегенеративной конституции. В последующем взгляд на инволюционную депрессию с истерической симптоматикой было представлено в немецком руководстве по психиатрии О. Bumke в 1924 году, где было описаны аффективные нарушения (преимущественно с тревожным радикалом) и проявления психопатического истерического поведения у пациенток климактерического возраста (35-55 лет), со стойкими конверсионными, соматизированными и вегетативными нарушениями. Уже в тот период Т. Ziehen (1911) высказывает взгляды о коморбидности психопатологических расстройств, подчеркивая усложнение «меланхолического» - неврастений или истерией. Из отечественных психиатров данной проблемой в 1927 году занимался Т.А. Гейер, описывая манифестацию в возрасте 45 лет тревожной депрессии (также тоскливой и дисфорической) в рамках наличия психогенной провокации с персистированием конверсионных, соматоформных, ипохондрических и астенических расстройств [Попов С. М., 2019].

В дальнейшем состояния, определяемые как инволюционная истерия, описывались в рамках различной патологии позднего возраста: шизофрении [Гурович И. Я., 1965; Schimmelpenning G., 1965], циклотимии [Штернберг Э. Я., Рохлина М. Л., 1970; Сергеев И. И, 1997; Ширина М. Г., Гаврилова С. И., 1980; Devanand P., 2002], функциональных психозов инволюционного периода [Жислин С. Г., 1960; Mayer-Cross W., 1932], расстройствах личности [Менделевич В. Д., 1992; Смулевич А. Б., 2000; Sadavoy J., 1987]. В настоящее

время данная проблема была освещена в работах С.М. Плотникова в 1992 году, посвященной истерическим расстройствам в рамках циклотимии у женщин в климактерическом периоде и роли аффекта тревоги в «соматизации» и формировании истеро-ипохондрических нарушений. На высоте тревожного аффекта возникали отчетливые конверсионные и соматоформные нарушения. В дальнейшем аффект перетекал в тоскливый радикал с нарастанием идеомоторной заторможенности и с постепенным сглаживанием и полной редукцией истерической симптоматики. Выход из депрессивного состояния проходил через этап становления моторики со смежной повторной актуализацией тревожного компонента и постепенным возобновлением жалоб истероподобного характера. Однако, как упоминает автор, ни у одного обследованного больного не было обнаружено преморбидных истерических черт. Автором было заключено, что тревога занимает подчиненное место и в значительной мере участвует в генезе истерических расстройств [Попов С. М., 2019].

Также изучались сочетанные проявления депрессивных и истерических расстройств при реактивных депрессиях. Было показано, что подобное сочетание характеризует неблагоприятный прогноз [Беляков М. И., 1959; Елисеев Ю. И., 1966; Фелинская Н. И., 1979]. Описывая истерическую реактивную депрессию Б.П. Калачев в 1968 году отмечал, что аффект преимущественно выделялся с тоскливым радикалом, сочетался с дисфорическими включениями, не был стойким и глубоким, в поведении у больных отмечались истерические черты, а также возникали конверсионные явления – афония, рвота, парезы, анестезии. В отдельных случаях выявлялись рудиментарные диссоциативные явления по типу истерической деперсонализации. Автор также отмечал, что полного выздоровления у обследованной группы пациентов не наступало, развивалось хроническое субдепрессивное состояние с склонностью к истерическим расстройствам, астении и навязчивостям. Стоит упомянуть, что в преморбиде у всех больных отмечались гистрионные черты [Попов С. М., 2019].

Следующим важнейшим шагом в изучении истерических расстройств было выделение S. Guze синдрома Брике или «хронической полисимптоматической истерии» [Reif W., 1995]. Основными критериями выделились: частое обращение больных к врачам интернистам, настойчивость в проведении множества диагностических процедур, обилие соматических жалоб, наличие соматических признаков тревоги и депрессии [Cloninger C. R., 1990]. В дальнейшем с внедрением международной классификации DSM-III вводится новая диагностическая категория – ПТСР, и границы между и так разобобщенными в разные рубрики диссоциативным, конверсионным, соматоформным расстройствами с травматическими стрессиндуцированными реакциями становятся вовсе неясными. Данная проблема сохраняется и в более поздних пересмотрах классификаций DSM и МКБ [Попов С. М., 2019].

Большое внимание дифференциальной диагностике истерических соматоформных расстройств и органических неврозов уделял С.В. Иванов (2002). Им был разработан метод интегративного клинического анализа органических неврозов, учитывающий структуру коморбидности функциональных расстройств дыхательной, сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной систем с психической и соматической патологией, была выдвинута концепция клинической гетерогенности органических неврозов, установлена зависимость спектра, а также степени тяжести коморбидной психической и соматической патологии от топической проекции функциональных расстройств. С.В. Иванов приходил к выводу, что манифестации и экзацербации органических неврозов, в отличие от соматизированной истерии, значительно реже связаны с психогенными воздействиями (20% против 76%) и в значительно большей степени сопряжены с соматогенными факторами - 48% против 24% при истерических соматоформных расстройствах; еще в 32% случаях органических неврозов было установлено не свойственное соматизированной истерии аутохтонное начало. Также С.В. Иванов отмечал, что соматоформные истерические расстройства отличались от органических

неврозов значительно меньшей длительностью течения, а также отмечал, что алгические расстройства при соматизированной истерии затрагивают, в отличие от органических неврозов, несколько систем органов и по мере динамики заболевания обнаруживают тенденцию к смене топической проекции.

Истерические расстройства особенно часто наблюдаются при тревожных депрессиях с ажитацией, смешанных аффективных состояниях, в том числе психотического уровня, при хронических депрессиях, а также в виде стойких истеро-депрессивных синдромах [Пшеничных И. В., 2006]. Включение истерической симптоматики в клинику депрессии может отражать сочетание эндогенизации и наличие ананкастно-гистрионной структуры личности [Попов С. М., 2019].

Стоит упомянуть о феномене хронической истерической дисфории, являющейся декомпенсацией депрессивного расстройства личности, выделенного еще в 1964 году П.Б. Ганнушкиным [Klein D. F., 1997]. В структуре сниженного аффекта доминирует придирчивость, сварливость, брюзжание, недовольство, внешние проявления депрессии гиперболизируются. Негативные социальные последствия представлены алкоголизмом, наркоманией, промискуитетом, деформацией производственных отношений [А. Б. Смулевич, 2003].

Наибольшие трудности возникали в диагностике депрессий с соматизированными расстройствами. Отечественные авторы [Морозова Г. В., 1988, Смулевич А. Б., 1997] выделяли апатический, вегетативный, истеро- и астеноипохондрические варианты. Утверждалось, что диагностическая оценка подобных депрессий должна проводиться на основании постановки двух диагнозов – аффективного (F32, F33) и соматоформного расстройства (F45).

За последние десятилетия при анализе коморбидности диссоциативных и аффективных расстройств авторами уделяется преимущественное патогенетическое значение и связь следующих элементов: 1) психологическая травма, 2) соматизация, 3) диссоциация, 4)

нарушение аффективной регуляции [Chefetz R. A., 2000; Van der Kolk B. A., 2002], а также значение личностных детерминант [Isaac M., 2006; George C., 1996; Kozłowska K., 2005; Putman P. V., 1997]. Во многих исследованных случаях сочетания аффективного эндогенного заболевания и диссоциативно-конверсионных расстройств истероидные черты личности не выявлялись ни при клиническом анализе, ни при психологическом тестировании [Allilaire J.F., 1984; Fydrich T. et al., 1996]. Типологическая структура истерической личности до сих пор остается неоднозначна, авторы выделяют экспрессивный и импрессивный варианты, различающиеся по своей клинической динамике и склонности к истерическому и депрессивному реагированию [Попов С. М., 2019; Перчаткина О. Э., 2000; Семке В. Я., 1988].

Стоит отметить, что наибольший результат изучения динамики истерических состояний был достигнут в судебно-психиатрической практике [Кербиков О. В., 1971; Лакосина Н. Д., 1970; Ушаков Г. К., 1978; Фелинская Н. И., 1979; Морозов Г. В., 1968; Шубина Н. К., 1989]. Г.В. Морозов считал, что истерическая фиксация лежит в основе синдрообразования первоначальной психотической картины и является предпосылкой частых рецидивов при непрогрессирующем однотипном течении реактивных психозов.

В структуре психогенных аффективных состояний выделяется истерический вариант [Фелинская Н. И., 1979; Caroli F., 2003], в котором преобладает многогранность и выразительность клинических симптомов, протекающих на фоне таких диссоциативных проявлений как сумеречное помрачение сознания, псевдодеменция и пуэрилизм. А.Б. Смулевичем было установлено, что истерические психозы представляют собой неоднородные по своим клиническим проявлениям психотические состояния (пуэрилизм, псевдодеменция, сумеречное помрачение сознания, синдром бредоподобных фантазий, ступор, фуга, транс), в свою очередь возникающим по единому истерическому механизму, которые «в большинстве случаев невозможно

четко разграничить». Отмечено, что возможна последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие, в зависимости от длительности течения и тяжести психотравмирующего фактора [Попов С. М., 2019].

В современной литературе XXI века резюмировано, что, несмотря на многообразие истерических расстройств, возникают они по единому истерическому механизму – при совместном воздействии культуральных, социальных и интерперсональных факторов на личность. Нох Р.Н. о развитии истерических расстройств писал, что они являются «ненормальным способом реакции на требования жизни» [Нох Р. Н., 1949]. При достаточной силе переживаний каждый человек склонен к возникновению истерических расстройств. В работах Р. Janet, S. Freud, E. Kretschmer, И.П. Павлова выделяется утверждение, что истерические расстройства являются защитным психическим механизмом, включающим в себя такие реакции как: 1) простые оборонительные аффекты или действия, 2) инстинктивное использование примитивного самосохранения при помощи автоматического разряда моторных, чувствительных и аутогипноидных механизмов, 3) сознательное использование примитивного самосохранения с переходом к симуляции. В зависимости от тяжести и длительности формируется либо сочетание различных истерических расстройств, либо последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие [Попов С. М., 2019].

Многими исследователями неоднократно подчеркивается необходимость поиска механизмов патогенеза истерии, в частности изменений нейрофизиологических показателей, иммунологических и патопсихологических корреляций. Широта представленности истерических расстройств и значительное своеобразие психопатологической картины может предполагать существование отдельных патогенетических механизмов для различных проявлений.

Определение патогенетического механизма возникновения истерических состояний представляет собой наиболее сложный раздел современных исследований. Большой вклад в этом вопросе принадлежит И.П. Павлову, полагавшему, что «истерия представляет собой продукт слабого – общего типа в соединении с художественным. При слабости второй сигнальной системы и преобладании первой и подкорковой деятельности эти люди живут ярко окрашенной эмоциональной жизнью, выражая типичный случай войны эмоций и жизненных впечатлений». Согласно электрофизиологическим исследованиям конверсионных расстройств Бобковой В.В. было выявлено повышение амплитуды медленной активности, усиление гиперсинхронных генерализованных альфа- и сигма-волн, что свидетельствовало о некоторой дезактивации коры большого мозга [Мягер В. К., 1972]. Невский М.П. и Иваницкий А.М. в своих работах выявляли у больных истерическими психопатическими расстройствами угнетение или отсутствие альфа-ритма. В исследованиях Р. Abely и Richardeau J. при диссоциативных расстройствах отмечалась нейровегетативная блокада, которая рассматривалась как реакция инстинктивно-аффективного типа. Наряду с этими исследованиями L. Israel и соавт. не обнаружили при истерических состояниях специального ритма и отличия от статической ЭЭГ здоровых людей, однако отмечалась переменность картины ЭЭГ на протяжении всего исследования и от одного сеанса к другому. Buscaino V., Balbi R., Pariante T., Rigotti S., в свою очередь обнаружили колебания электролитного равновесия, вегетативные и эндокринные дисфункции. Альпери Д.Е., Иванов Н.А., Коканбаева Р.Ф., обнаружили в крови больных психическими расстройствами истерического невротического регистра понижение активности холинэстеразы и повышение содержания ацетилхолина. А А.В. Ульянова и Т.С. Агеева, в своих исследованиях, наоборот, установили повышение показателей холинергической активности крови. Позднее исследователями патогенеза реактивных истерических состояний было обнаружено нарушение обмена биогенных аминов. При

изучении нейрогуморальных показателей у больных истерическими расстройствами затрагивался, как правило, вопрос об участии в патогенезе лишь одной из нейромедиаторных систем. На основании приведенных фактов можно утверждать об отсутствии единой патогенетической гипотезы истерических состояний [Попов С. М., 2019].

Особое внимание в литературе уделяется проблеме дифференциальной диагностики истерических и истериформных состояний. Л.Я. Немлихер утверждает, что истерический невроз является «мультиполярным» и имеет точки соприкосновения с другими неврозами, что они вполне могут перетекать один в другой. П.В. Бундзен и S.B. Guze, напротив, утверждают малую трансформацию и отчетливую очерченность истерического синдрома, «отличающегося высокой степенью униформизма хронического течения». Также в ряде работ выявляется крайне малая изученность отличия истерических невротических и патохарактерологических расстройств [Попов С. М., 2019; Личко А. Е., 2010].

Одним из наиболее важных и спорных разделов учения об истерических состояниях является типологическая характеристика истерической личности и ее влияние на возникновение и трансформацию истерических состояний. Существенный вклад в разработку истерической патохарактерологии внесли отечественные психиатры Ганнушкин П.Б., С.А. Суханов, О.В. Кербинов, В.Я. Семке. В работах зарубежных исследователей, таких как E. Kraepelin, E. Kretschmer, K. Jaspers, K. Verbeck, также описывались облигатные для истерической личности характерологические особенности. Во всех описаниях утверждается наличие основного «ядра» личности, заключающегося в преувеличенном чувстве собственного достоинства, склонности к театральности, позерству, эгоцентризму, повышенной внушаемости, эмоциональной нестабильностью, непереносимостью одиночества, склонностью к аутоагрессии, демонстративному суицидальному поведению, импульсивностью, и, как писал Millar W., «характерологическая слабость к интеграции», а Chodoff P.

и Lyons H. определяли как «сексуализация всех несексуальных отношений» [Фильц А. О., 1991; Chodoff P., 1958; Koehler K., 1982; Millar W., 1958; Petrilowitsch N., 1967]. N. Petrilowitsch считает главным проявлением «ядра» истерической личности – его отсутствие, «такую расплывчатость и вариабельность в образе поведения, что возникает впечатление, будто люди играют на сцене». У больных с истерическими чертами личности в преморбиде выявлялась трудность в распознавании шизофренического процесса по причине заострения гистрионных расстройств [Даниленко О.А., 2011; Морозов В. М., Наджаров Р. А., 1956; Семке В.Я., 2008]. Согласно исследованиям Воронцова Б.В. в 2009 году у больных малопрогрессирующей шизофренией с истерическими расстройствами с детства отмечается объединение невротических и истерических черт. По мнению А.Б. Смулевича у больных с истерическим преморбидом, перенесших в раннем возрасте стертый шизофренический приступ, формируется шизоистероидная псевдопсихопатия [Попов С. М., 2019].

Следующей важной проблемой является терапия истерических состояний, не имеющая четких регламентных норм и тактик. В основном отдается предпочтение психофармакотерапии в сочетании с психотерапевтическим воздействием, как групповым, так и в составе аутотренинга [Зачепиский Р. А., 1968].

Согласно эпидемиологическим исследованиям конца XX века возраст проявления истерических расстройств преимущественно приходится на юношеский и молодой возраст, а в старческом возрасте в преобладающем числе происходят декомпенсационные проявления истерических психопатий. Эпидемиологические исследования Г.В. Рыжикова показывают, что вероятность формирования истерических расстройств у жителей мегаполисов обоих полов обнаружена в возрастных группах 0-9, 31-35 лет, а среди жителей сельской местности – у мужчин в 16-20 и 56-60 лет, у женщин 10-15 и 51-55 лет. Среди амбулаторного психиатрического контингента хотя бы один конверсионный симптом выявляется у 24% больных, более одного у

10% больных [Guze S., 1971]. Среди больных женщин соматического стационара конверсионная симптоматика выявляется в 30% случаев [Woodnaff R., 1967]. Согласно обзору М.М. Крем в 2004 году, распространенность истерических расстройств в общей популяции, различными авторами оценивается от 2,5 до 50 на 100000 населения, а среди контингента больных стационаров, от 20 до 120 на 100000 населения. Диагностика и терапия диссоциативных расстройств, также выявляемых в общемедицинской сети, сопряжена со значительными трудностями [Van der Kolk B. A., 1996; Walker E. A., 1992]. Распространённость диссоциативных расстройств среди больных соматических стационаров достигает 2,6% [Fink P., 2004]. При этом, при отдельном анализе конверсионных и диссоциативных расстройств, исходя из DSM-IV, установлено, что состояние 47,4% пациентов с конверсионным расстройством отвечает критериям диагностики диссоциативного [Попов С. М., 2019; Пшеничных И. В., 2006].

Резюмируя вышеизложенное, можно утверждать, что в настоящее время отсутствует четкая позиция относительно феноменологии, этиологии, патогенеза и терапии истерических состояний. В какой-то мере сохранено положение, отмеченное еще в 1913 г. Е. Краепелин: «Нет более спорного понятия как по содержанию, так и по объему, чем понятие истерии». В этой связи разработка алгоритмов ранней диагностики истерических расстройств у пациентов с эндогенными психическими заболеваниями - актуальная и своевременная задача. Для исследователей настоящего времени представляется важным определить четкую комплексную типологическую характеристику истерических расстройств с учетом закономерностей дальнейшего течения заболевания, преморбидной структуры личности, и наследственной предрасположенности, и клинико-биологических особенностей. Кроме того, важным вопросом является психопатологический патоморфоз и патопластические взаимодействия истерических расстройств, формирующихся в рамках течения эндогенного психического заболевания аффективного и шизофренического спектров [Попов С. М., 2019].

ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

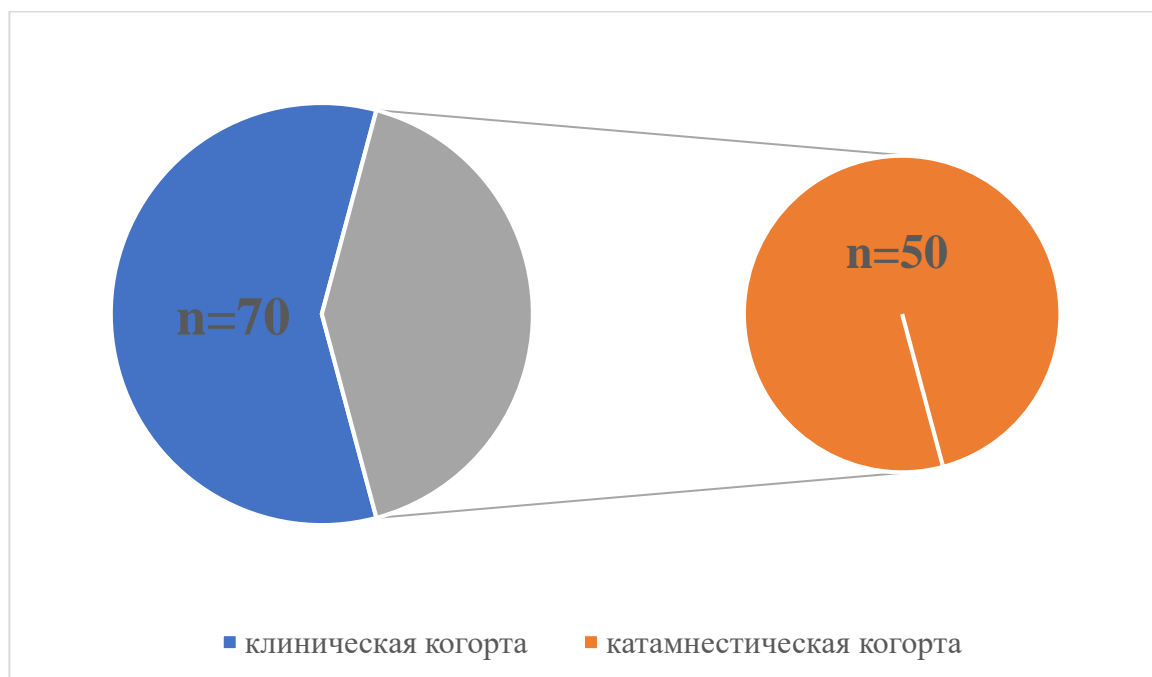
Настоящее исследование выполнено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель – д.м.н. А.Н. Бархатова) ФГБНУ Научного центра психического здоровья (директор – проф., д.м.н. Т.П. Ключник).

Представленное исследование обобщает результаты проведенного в течение 3 лет мультидисциплинарного обследования, включающего данные полученные при проведении комплексного клинико-психопатологического, клинико-катамнестического, патопсихологического и нейроиммунологического исследований.

Изученную выборку составили 120 пациентов (82 женщины и 38 мужчин) из числа проходивших стационарное лечение и/или находящиеся на амбулаторном наблюдении в клинике ФГБНУ НЦПЗ (см. диаг. 1). Общая выборка представлена клинической и катамнестической когортами, и была сформирована из числа пациентов, обратившихся за консультацией и стационарной помощью в клинику ФГБНУ НЦПЗ в период с 2017 по 2020 годы, в связи с формированием истерических расстройств в рамках развития эндогенного психического заболевания шизофренического или аффективного спектра.

В катамнестическую когорту вошли пациенты (n=50), наблюдавшееся в дальнейшем амбулаторно или вновь обратившиеся за стационарной помощью в клинику ФГБНУ НЦПЗ, срок катамнеза составил 3 и более лет.

Диаграмма 1 - Соотношения клинической и катamnестической когорт в исследуемой выборке.



Выборка соответствовала следующим **критериям включения**:

- наличие эндогенного аффективного заболевания (F31.XXX, F32.XXX, F33.XX, F34.X по МКБ-10) и шизофрении (F20.XXX, F21.X, F25.XX по МКБ-10);
- возраст больных на момент обследования от 18 до 58 лет;
- наличие в структуре заболевания диссоциативно-конверсионной и соматоформной симптоматики (F44.XX, F45 по МКБ-10);
- обязательным условием для включения в исследование и назначения диагностических, исследовательских процедур и терапевтических вмешательств было получение информированного согласия пациента.

К работе были применены следующие **критерии не включения**:

- возраст больного (на момент включения в обследования) моложе 18 лет и старше 58 лет для клинической группы); что позволяет, в определенной степени, ограничить влияние факторов возраста;

- наличие признаков органического заболевания ЦНС, инфекционного или травматического поражения ЦНС, нейроинфекции, текущего соматического или неврологического заболевания в стадии декомпенсации, тяжелых хронических вирусных и инфекционных заболеваний;
- наличие диагноза расстройства личности (F60-69 по МКБ-10).

Инструменты и методы.

В настоящем исследовании использованы методы клинико-психопатологического и клинико-катамнестического обследований, которые заключались в психопатологическом обследовании и клиническом наблюдении, сборе и анализе анамнестических данных, а также последующем длительном катамнестическом наблюдении.

Клинические методы были дополнены проведением нейроиммунологического (совместно с лабораторией нейроиммунологии, руководитель лаборатории д.м.н., проф Т.П. Ключник) и патопсихологического обследований (зав. лабораторией к.п.н. Ениколопов С.Н., исследование проводили - ст. н. сотр. ФГБНУ НЦПЗ, к.п.н. Плужников И.В. и л.-и. Василевская М.В.), а также клинико-психометрического метода (с использованием шкалы Гамильтона для оценки тяжести депрессии (HDRS) и шкалы оценки позитивной и негативной симптоматики PANSS. Заявленные исследования были направлены на выявление дополнительных, вспомогательных критериев верификации валидности установленных в исследовании клинических закономерностей.

Психопатологическая оценка больных клинической выборки проводилась в рамках клинических разборов, осуществляющихся в ФГБНУ НЦПЗ под руководством академика РАН, проф. А.С. Тиганова и д.м.н. А.Н. Бархатовой. Все обследованные пациенты клинической и катамнестической выборки были обследованы лично автором. Психопатологическая квалификация состояния и отнесение к определенной нозологической форме

основывались на тщательном анализе состояния к моменту поступления в стационар клиники, и на этапе стабилизации ремиссии, в последующем - по миновании 6 и 12 мес. после формирования стабильного состояния. Указанные временные рамки позволили составить общее представление о темпе и тенденции динамики истерических расстройств и сопоставить выявленные типы гистрионной симптоматики с психопатологическим профилем и симптоматической нагрузкой континуума фасадного эндогенного заболевания.

Анализ осуществлялся с использованием данных анамнеза, предоставленных родственниками и самим больным, а также сведений из предоставленной медицинской документации. В рамках проводимого обследования у каждого больного проводилась детальная психопатологическая квалификация психического статуса, полное соматическое и неврологическое обследования, лабораторное, нейроиммунологическое, патопсихологическое, психопатологическое обследование.

После выписки из стационара пациенты находились на катамнестическом наблюдении, что позволило уточнить нозологическую принадлежность осевого эндогенного психического заболевания с истерической симптоматикой.

Синдромальная и нозологическая квалификация психических расстройств проводилась на основании привлечения, как критериев отечественной классификации, так и версии международной классификации болезней (МКБ-10).

Клинико-психометрический метод применялся с целью определения количественной оценки выраженности депрессивного состояния в динамике наблюдения и включал в себя применение шкалы Гамильтона для депрессии (HDRS), а также с целью определения количественной оценки выраженности позитивной и негативной симптоматики шизофрении с применением шкалы

PANSS (см. приложение). Исследование проводилось в двух временных точках – на момент поступления в стационар и на момент становления медикаментозной ремиссии, обычно совпадающий с выпиской из стационара.

Проводился статистический анализ полученных данных в ходе психометрического исследования, который показал, что распределение данных по шкале HDRS при выписке отличается от нормального, в связи с чем был применен непараметрический критерий Уилкоксона. Полученный уровень значимости $p \leq 0,001$ указывает на статистически значимые различия результатов психометрического исследования по шкале HDRS при поступлении и при выписке (при поступлении уровень значительно выше) (см. табл. 1, 2).

Таблица 1 - Критерий знаковых рангов Уилкоксона

	N	Средний ранг	Сумма рангов
Отрицательные ранги	70 ^d	35,50	2485,00
Положительные ранги	0 ^e	0,00	0,00
Связи	0 ^f	0,00	0,00
Всего	70		

d. Уровень HDRS при выписке < Уровень HDRS при поступлении

e. Уровень HDRS при выписке > Уровень HDRS при поступлении

f. Уровень HDRS при выписке = Уровень HDRS при поступлении

Таблица 2 - Статистика критерия знаковых рангов Уилкоксона

Z	-7,274 ^a
Асимпт. знч. (двухсторонняя)	0,000

a. Используются положительные ранги.

Полученный уровень значимости Т-критерия Стьюдента ($p \leq 0,001$) при анализе данных, полученных при психометрическом исследовании при помощи шкалы PANSS на момент поступления и выписки указывает на то, что показатели полученные данные при поступлении и выписке статистически значимо различаются (см. табл. 3, 4).

Таблица 3 - Статистика парных выборок уровня PANSS при выписке и при поступлении.

	Среднее	N	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
PANSS при поступлении	80,0606	33	11,78967	2,05232
PANSS при выписке	45,0909	33	4,05712	0,70625

Таблица 4 - Критерии парной выборки уровня PANSS при выписке и при поступлении.

T	ст. св.	Значимость (2-сторонняя)
17,890	32	0,000

Данные, относительно начала заболевания, симптоматики до первой госпитализации были собраны ретроспективно с привлечением данных анамнестического и катамнестического исследований при помощи полуструктурированного интервью. Полученные данные были статистически обработаны в соответствии со стандартными методиками. Для статистической обработки данных использовалась программа STATISTICA 8.0 (StatSoft Inc.). Применялись методы описательной статистики для

группировки данных, построения распределений частот, выявления центральных тенденций распределений (средних значений). Анализ статистической значимости различий количественных признаков проводился при помощи параметрического t-критерия Стьюдента и непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Традиционно сопоставление качественных признаков для номинальных и порядковых частот осуществлялась с использованием критерия χ^2 Пирсона-Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Проверка нормальности распределения показала, что по шкалам «длительность заболевания», «возраст начального этапа основного эндогенного заболевания» и «уровень по шкале HDRS при выписке» распределение данных отличалось от нормального, в связи с чем для сравнительного анализа и проверки корреляционных взаимосвязей между этими шкалами нами применялись непараметрические критерии (Манна-Уитни, Уилкоксона, Спирмена) (см. прил. 4, 5, 6, 7).

Последовательное поэтапное изучение структуры истерических расстройств с привлечением указанного методологического подхода было ориентировано на их рассмотрение в рамках целостного сложного психопатологического образования в рамках коморбидности с основным эндогенным психическим заболеванием, предполагающего сосуществование отдельных психопатологических синдромов с их внутренней динамикой. Заявленная методология позволяет осуществить проверку разработанной научной гипотезы, ориентируясь, прежде всего на психопатологическую квалификацию гистрионных расстройств, выявляемых в рамках эндогенного приступообразного и/или фазного психического заболевания.

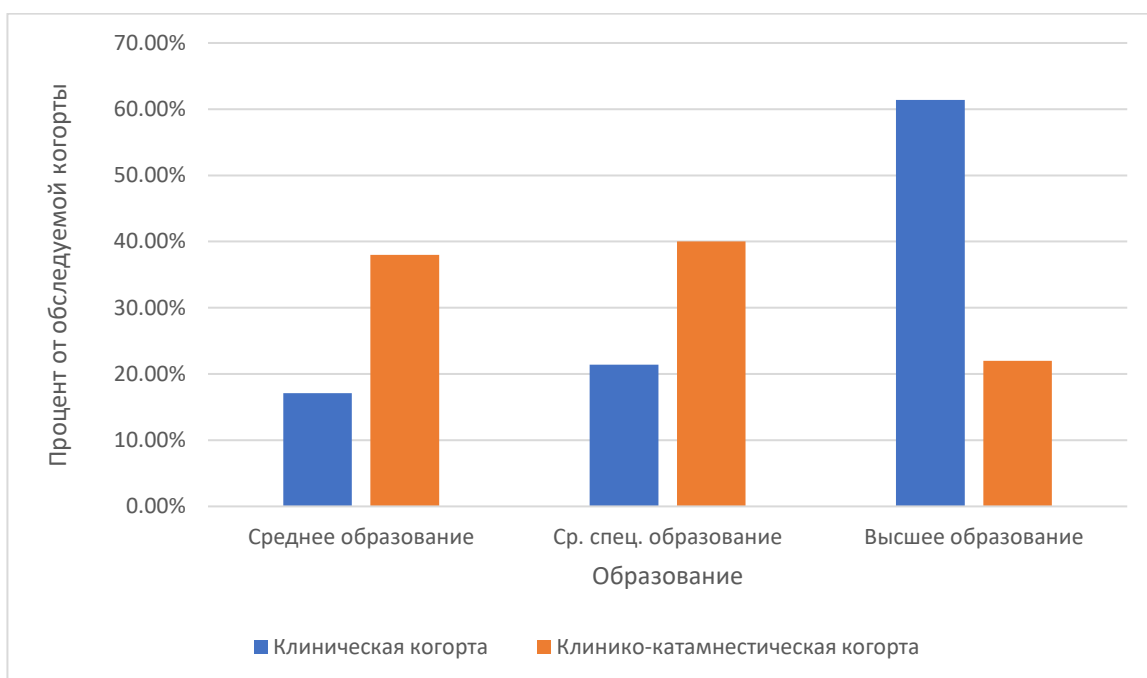
Ниже будут представлены основные статистически значимые характеристики клинической (70 набл.) и клинико-катамнестической (50 набл.) выборки исследования. Выборки включающие в себя параметры, при которых не было обнаружено статистически значимых различий будут

представлены в приложениях, а именно половая принадлежность (см. прил. 1), наследственная отягощенность психическими заболеваниями (см. прил. 2), актуализация истерической симптоматики по отношению к континууму эндогенного заболевания (см. прил. 3).

Из всех обследованных, преимущество составляли пациентки с высшим уровнем образования (45,0%). В клинической когорте выделялись преимущественно пациенты с высшим образованием (43 клинических случая – 61,4%), в катamnестической когорте – пациенты со средним специальным образованием (20 клинических случаев – 40,0%) (см. табл. 5, диаг. 2).

Таблица 5 - Уровень полученного образования.

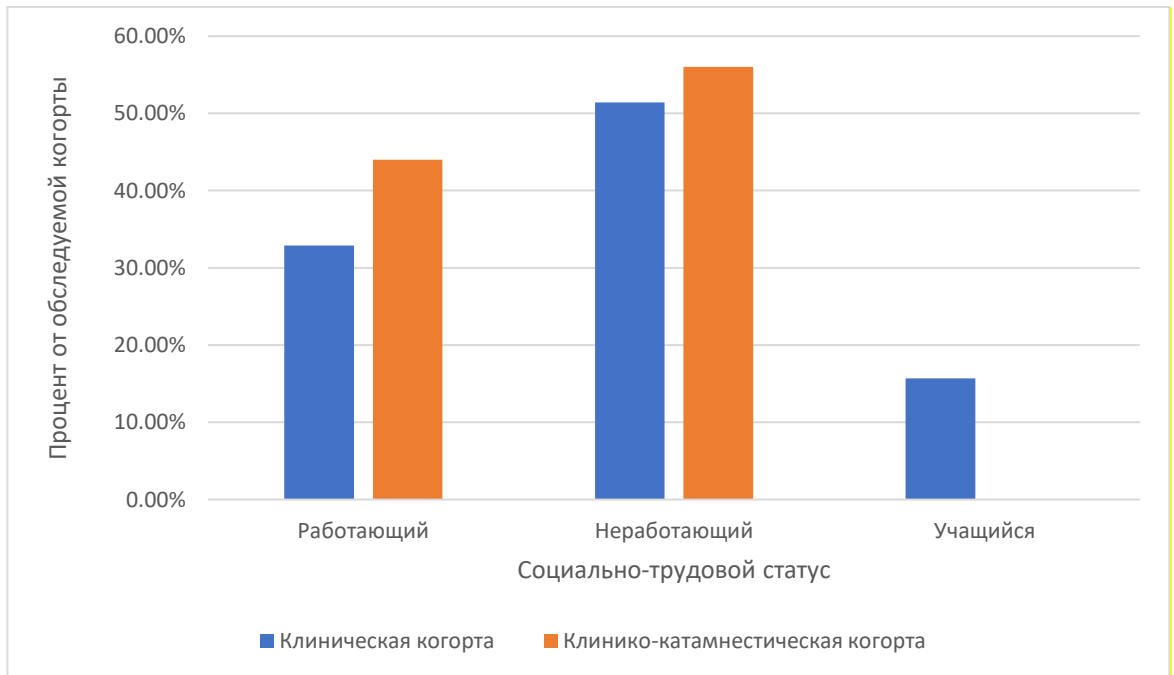
$p \leq 0,01$		Выборка		Итого
		Клиническая когорта	Катamnестическая когорта	
Среднее образование	Частота	12	19	31
	%	17,2%	38,0%	25,8%
Среднее специальное образование	Частота	15	20	35
	%	21,4%	40,0%	29,2%
Высшее образование	Частота	43	11	54
	%	61,4%	22,0%	45,0%
Итого	Частота	70	50	120
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Диаграмма 2 - Уровень полученного образования.

Из всех обследованных по статусу социально-трудовой занятости преимущественно выделялись неработающие пациенты (64 клинических случая – 53,3%), как в клинической (51,4%), так и в катамнестической когорте (56,0%) (см. табл. 6, диаг. 3).

Таблица 6 - Статус социально-трудовой занятости.

$p \leq 0,01$		Выборка		Итого
		Клиническая когорта	Катамнестическая когорта	
Работающий	Частота	23	22	45
	%	32,9%	44,0%	37,5%
Неработающий	Частота	36	28	64
	%	51,4%	56,0%	53,3%
Учащийся	Частота	11	0	11
	%	15,7%	0,0%	9,2%
Итого	Частота	70	50	120
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Диаграмма 3 - Статус социально-трудовой занятости.

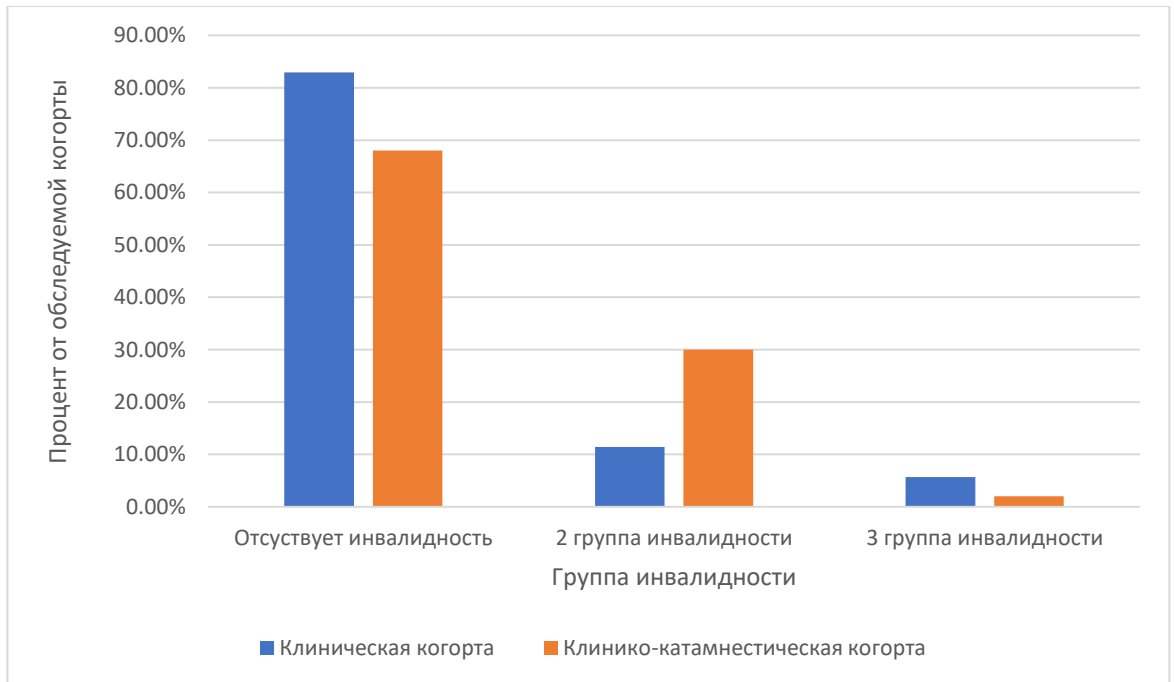
Среди всех обследованных пациентов количество случаев оформленной группы инвалидности составило 23,4%, из них пациенты с 2

группой инвалидности по психическому заболеванию – 19,2%, с 3 группой инвалидности – 4,2%. 92 пациента (76,6%) из всех обследованных не имели группу инвалидности (см. табл. 7, диаг. 4).

Таблица 7 - Случаи оформленной группы инвалидности по психическому заболеванию.

$p \leq 0,05$		Выборка		Итого
		Клиническая когорта	Катамнестическая когорта	
отсутствует	Частота	58	34	92
	%	82,9%	68,0%	76,7%
2 группа инв.	Частота	8	15	23
	%	11,4%	30,0%	19,2%
3 группа инв.	Частота	4	1	5
	%	5,7%	2,0%	4,2%
Итого	Частота	70	50	120
	%	100,0%	100,0%	100,0%

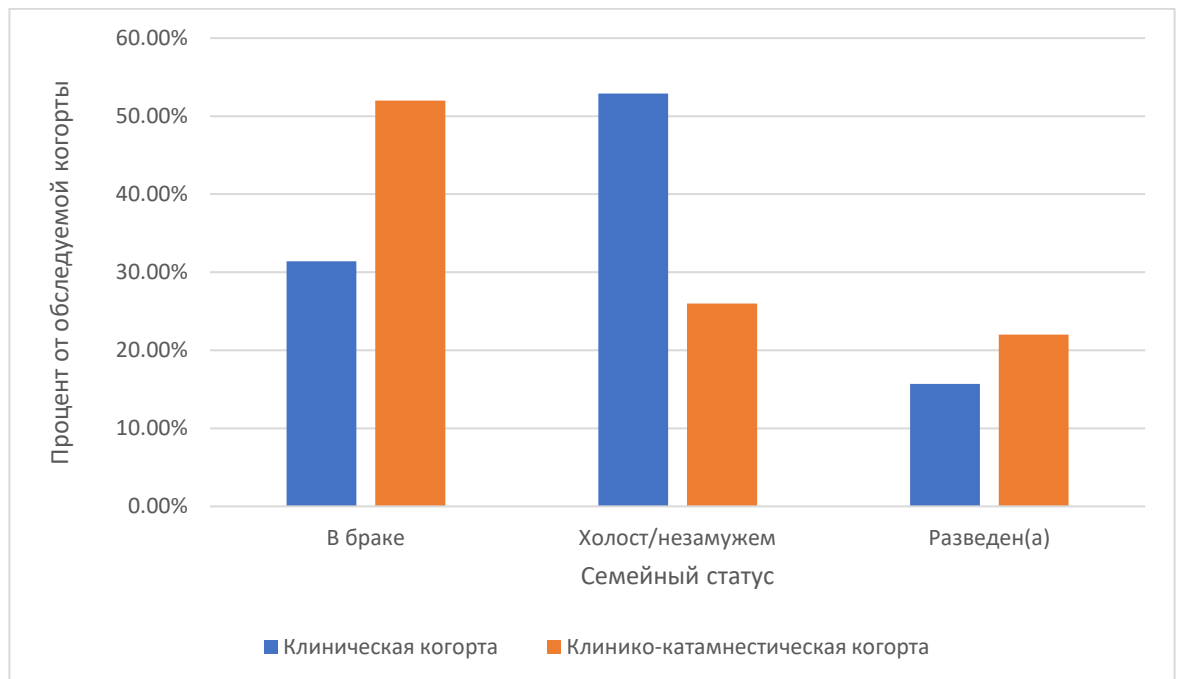
Диаграмма 4 - Случаи оформленной группы инвалидности по психическому заболеванию.



В клинической и катамнестической когорте преимущественно были одинокие пациенты (50 клинических случаев – 41,7%) и пациенты в зарегистрированном браке (48 клинических случаев – 40,0%). При этом в клинической когорте большинство пациентов было одинокими (52,9%), а в катамнестической когорте пациенты в браке (52,0%). Количество разведенных пациентов составило 18,3% от всей когорты обследованных (см. табл 8, диаг. 5).

Таблица 8 - Семейный статус.

$p \leq 0,05$		Когорта		Итого
		Клиническая когорта	Катамнестическая когорта	
В браке	Частота	22	26	48
	%	31,4%	52,0%	40,0%
Холост/не замужем	Частота	37	13	50
	%	52,9%	26,0%	41,7%
Разведен(а)	Частота	11	11	22
	%	15,7%	22,0%	18,3%
Итого	Частота	70	50	120
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Диаграмма 5 - Семейный статус.

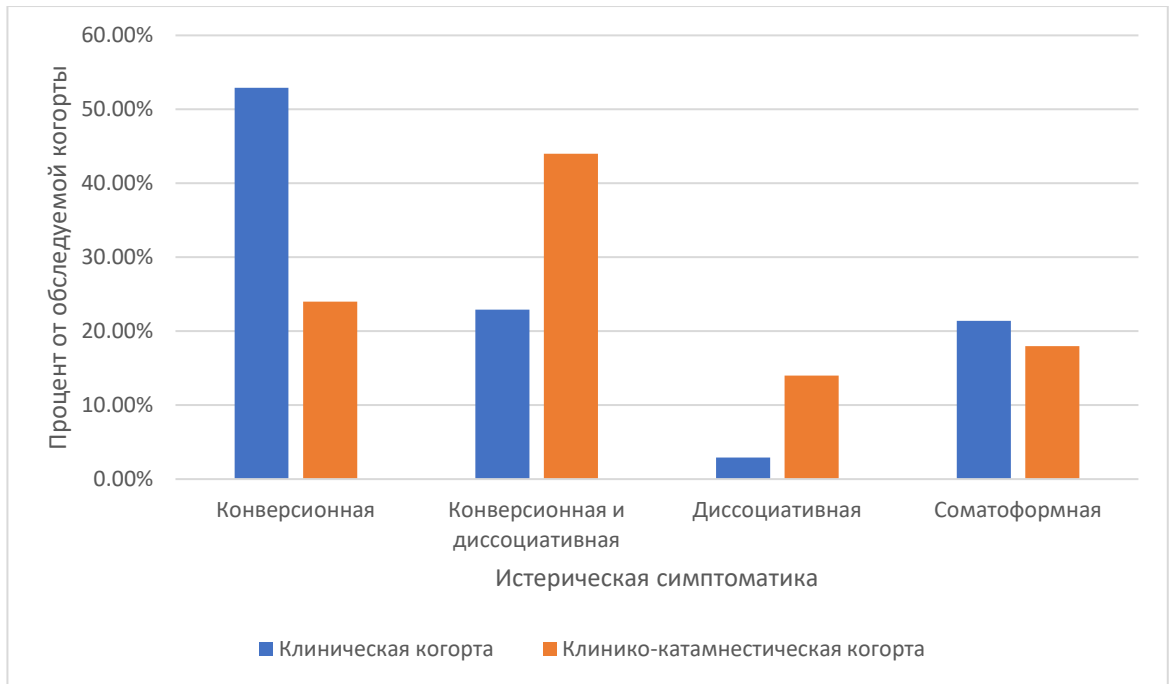
Из всех обследованных по психопатологической структуре истерической симптоматики преимущество составляли пациенты с

конверсионной симптоматикой (49 клинических случаев – 40,8%). В клинической когорте у большинства пациентов отмечалась конверсионная симптоматика (52,9%), а в катamnестической когорте – сочетание конверсионной и диссоциативной симптоматики (44,0%) (см. табл 9, диаг. 6).

Таблица 9 - Психопатологическая структура истерической симптоматики.

$p \leq 0,05$		Выборка		Итого
		Клиническая когорта	Катamnестическая когорта	
Конверсионная симптоматика	Частота	37	12	49
	%	52,9%	24,0%	40,8%
Конверсионная и диссоциативная симптоматика	Частота	16	22	38
	%	22,9%	44,0%	31,7%
Диссоциативная симптоматика	Частота	2	7	9
	%	2,8%	14,0%	7,5%
Соматоформная симптоматика	Частота	15	9	24
	%	21,4%	18,0%	20,0%
Итого	Частота	70	50	120
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Диаграмма 6 - Психопатологическая структура истерической симптоматики.

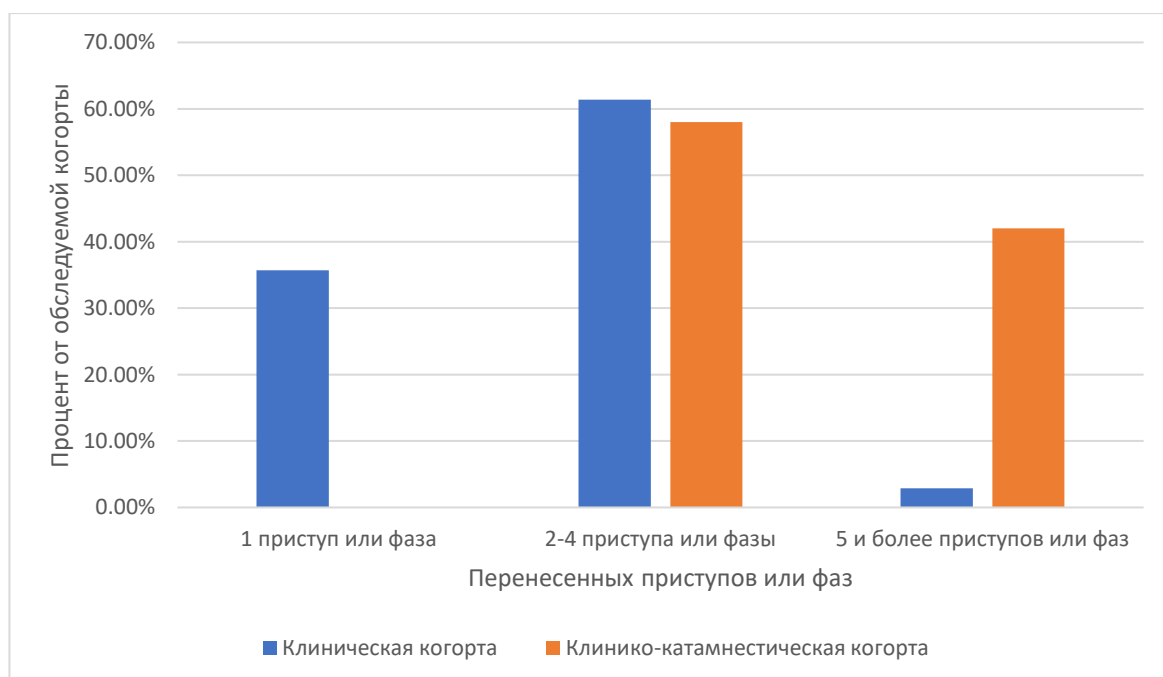


У большинства обследованных пациентов с эндогенным психическим заболеванием аффективного и шизофренического спектров отмечалось 2-4 перенесенных приступа или фазы (72 клинических случая – 60,0%) (см. табл. 10, диаг. 7).

Таблица 10 - Количество перенесенных приступов или фаз в структуре эндогенного заболевания.

$p \leq 0,05$		Выборка		Итого
		Клиническая когорта	Катамнестическая когорта	
1 приступ или фаза	Частота	25	0	25
	%	35,7%	0,0%	20,8%
2-4 приступа или фазы	Частота	43	29	72
	%	61,4%	58,0%	60,0%
5 и более приступов или фаз	Частота	2	21	23
	%	2,9%	42,0%	19,2%
Итого	Частота	70	50	120
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Диаграмма 7 - Сопряженность количества перенесенных приступов или фаз в структуре эндогенного заболевания.



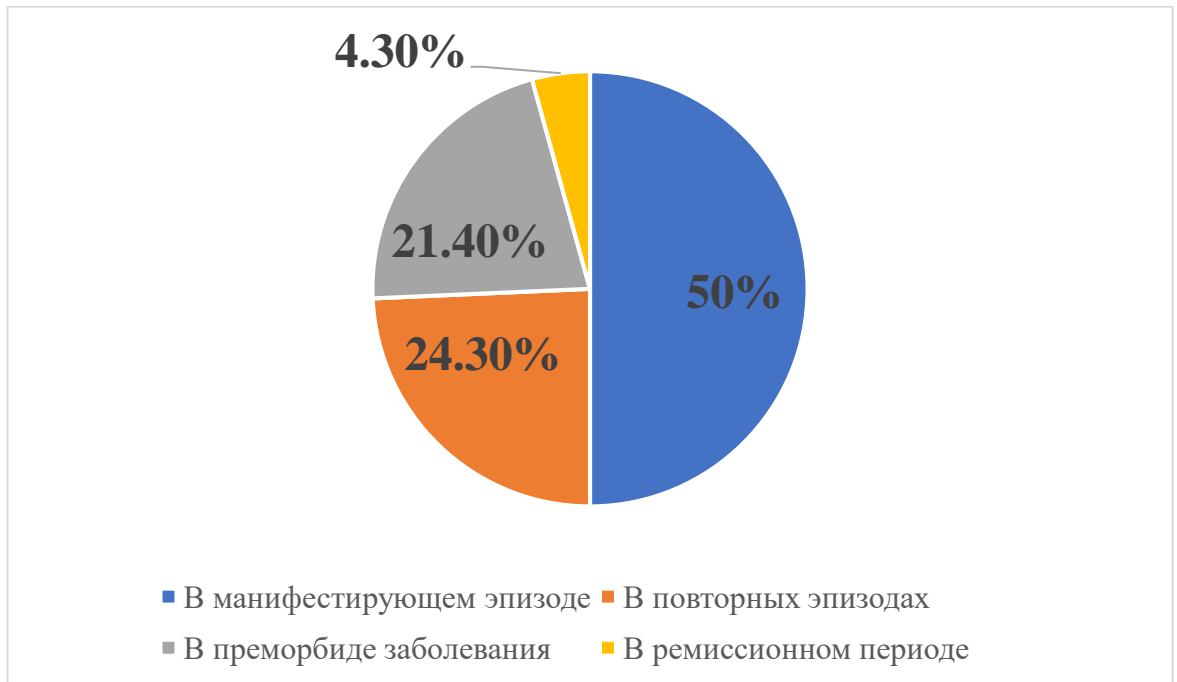
Средний возраст обследуемых в клинической когорте составил $30 \pm 9,95$ лет. Данную группу составляли 70 пациентов из них 72,9% женщин и 27,1% мужчин. Среди них в ходе проведенного статистического анализа было выявлено наличие психотравмирующего события в предшествующем манифестации или развитию повторной фазы или приступа в рамках основного эндогенного заболевания в 72,9% случаев ($n=51$), в остальных 27,1% клинических случаев психотравмирующее событие было обнаружено в ходе детального анамнестического исследования в отдаленном периоде ($n=19$) (см. диаг. 8).

Диаграмма 8 - Этап возникновения психотравмирующего события.

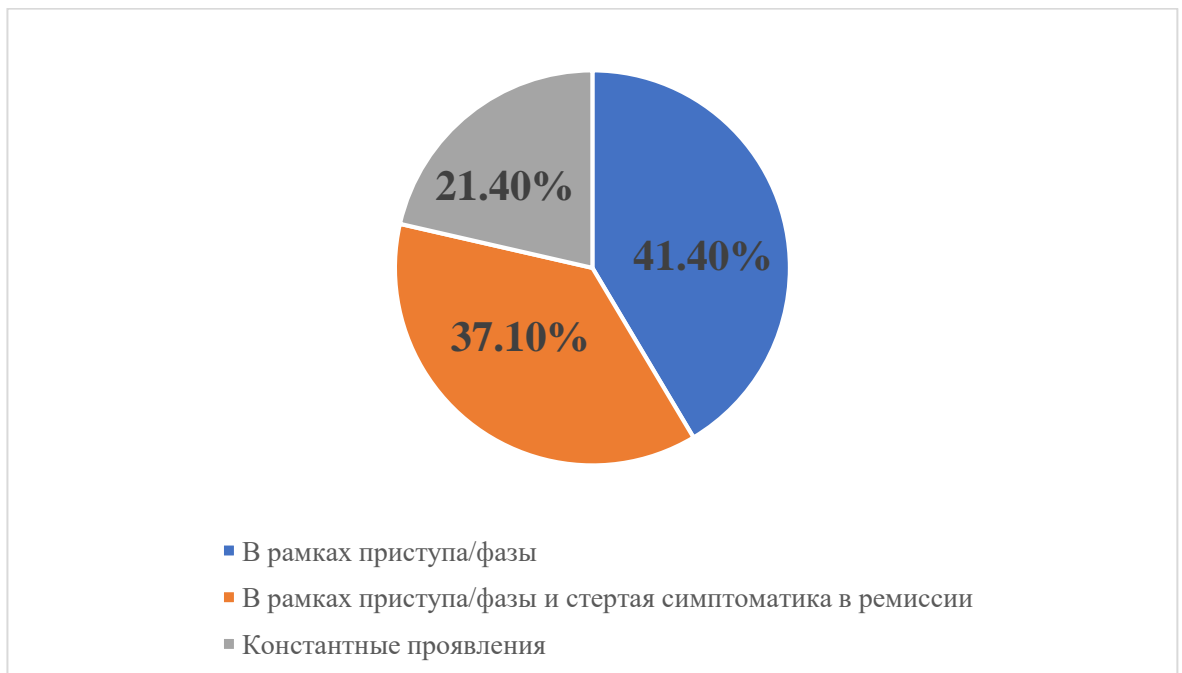


Актуализация истерической симптоматики для удобства статистического анализа была разделена на 4 подгруппы и составила: проявление в манифестирующем эпизоде основного эндогенного заболевания в 50% случаев ($n=35$), в последующих повторных эпизодах 24,3% ($n=17$), возникновение в преморбидном периоде отмечалось у 21,4% пациентов ($n=15$), в ремиссионном периоде основного психического заболевания в 4,3% ($n=3$) (см. диаг. 9).

Диаграмма 9 - Этап актуализации истерической симптоматики.

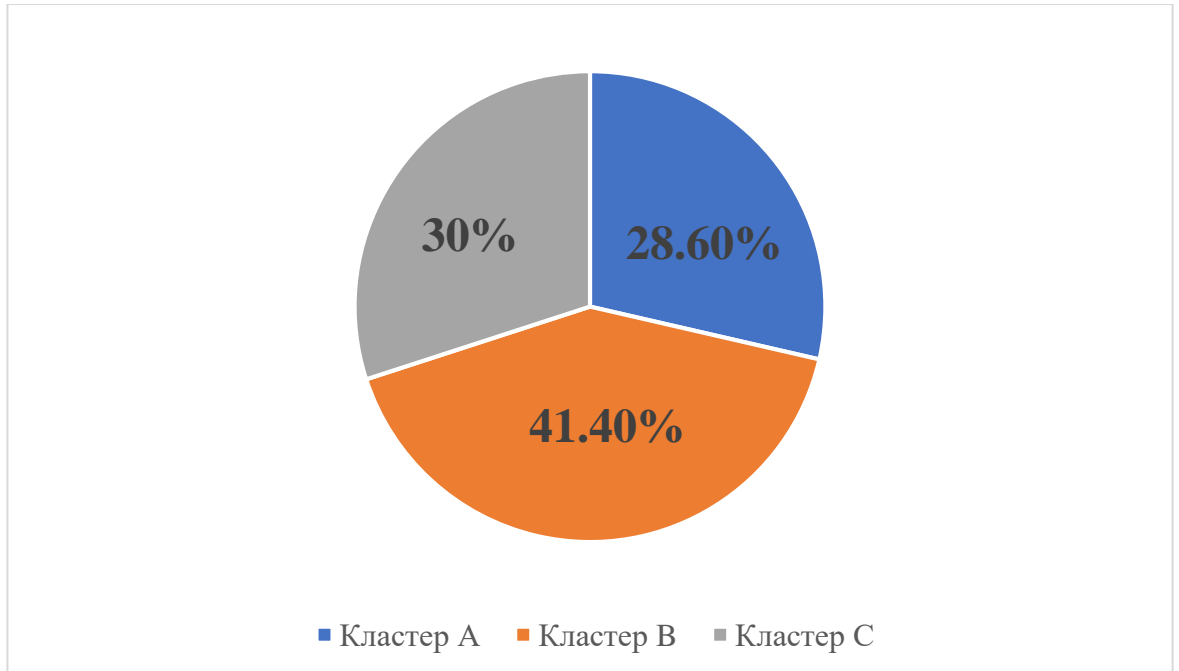


По персистированию в континууме эндогенного психического заболевания истерическая симптоматика выявляла закономерности возникновения и течения только в рамках приступов или фаз с полной редукцией в рамках ремиссионного периода (41,4%, n=29), в приступах/фазах, а также со стертыми проявлениями в рамках ремиссий (37,1%, n=26), и константная по течению, не проявляющая психопатологическую видоизменяемость на протяжении всего континуума основного эндогенного психического заболевания (21,4%, n=15) (см. диаг. 10).

Диаграмма 10 - Персистирование истерической симптоматики.

В связи с тем, что обследованные пациенты в клинической когорте имели личностные черты, относящиеся к множеству характерологических групп, для удобства статистического анализа и репрезентативности выборки нами было принято решение об разделении обследуемых на три характерологических кластера по DSM-IV и DSM-V. А именно: кластер А (параноидные, шизоидные и шизотипические личностные черты) - 28,6% (n=20), кластер В (антисоциальные, пограничные, истерические и нарциссические личностные черты) – 41,4 % (n=29) и кластер С (избегающие, зависимые и обсессивно-компульсивные черты) – 30% (n=21) (см. диаг. 11).

Диаграмма 11 – Представленность личностных кластеров (в соответствии с DSM-IV (V)).



Представленные данные сопоставимы с имеющимися в литературных источниках, посвященных истерической патологии, и являются репрезентативными. Характеристика нозологических особенностей, результатов детального изучения особенностей течения, исходов и лечения представлены в соответствующих главах.

ГЛАВА 3. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИСТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АФФЕКТИВНОГО И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА.

Представленные в обзоре литературы исследовательские данные позволяют предположить, что истерические расстройства в рамках эндогенных психических заболеваний представляют собой сложный комплекс психопатологических образований, объединённый общим механизмом развития и существенно различающийся в своих феноменологических проявлениях.

Проведенное исследование показало, что определяющими и наиболее значимыми признаками для типологического разграничения истерических расстройств, формирующихся в рамках эндогенных аффективных заболеваний и шизофрении, могут служить варианты соотношения истерических симптомов и их взаимовлияния на другие психопатологические образования [Попов С. М., 2022].

3.1 Общие феноменологические и психопатологические характеристики истерических расстройств.

В исследуемых клинических и катамнестических группах пациентов были установлены следующие феноменологические разновидности истерического симптомокомплекса. Их характеристика представлена на основании ранее разработанных критериев [Charcot R., 1887; Jakubik A., 1982; Kretschmer E., 1974]. Выявлены три ключевых паттерна истерических расстройств. Первый был представлен конверсионной симптоматикой, второй – диссоциативной симптоматикой, а третий – соматоформными расстройствами (см. табл. 11) [Попов С. М., 2022].

Таблица 11 - Психопатологические разновидности истерической симптоматики.

Истерическая симптоматика		Когорта		Итого
		Клиническая	Катамнестическая	
Конверсионная симптоматика	Абс.	37	12	49
	%	52,9%	24,0%	40,8%
Конверсионная и диссоциативная симптоматика	Абс.	16	22	38
	%	22,9%	44,0%	31,7%
Диссоциативная симптоматика	Абс.	2	7	9
	%	2,9%	14,0%	7,5%
Соматоформная симптоматика	Абс.	15	9	24
	%	21,4%	18,0%	20,0%
Итого	Абс.	70	50	120
	%	100,0%	100,0%	100,0%

По частоте возникновения у изученных пациентов истерические расстройства распределялись следующим образом: чаще всего, в 52,9% случаев (37 больных), встречалась конверсионная симптоматика; соматоформные расстройства были представлены в 21,4% случаев (15 больных) и диссоциативные расстройства возникли всего в 2,9% случаев (2 больных). В исследованной выборке также выделялся вариант сочетанного проявления диссоциативной и конверсионной формы в 22,9% случаев (16 больных), в этих случаях на протяжении приступа или фазы наблюдалась неоднократная смена формы истерических расстройств и установить доминантный не представлялось возможным.

Кроме синдромальных отличий, были установлены особенности динамики формирования истерического симптомокомплекса. Истерические расстройства имели 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, интенсивность выраженности истерической симптоматики была различной - от кратковременных периодических включений нестойкого характера до генерализованных истерических расстройств [Попов С. М., 2022].

В отношении последовательности проявления истерической симптоматики в картине эндогенного заболевания у изученных больных было установлено, что в 50% случаев (35 больных) истерические расстройства возникали в структуре первого психотического эпизода или аффективной фазы, в 28,6% случаев (20 больных) манифестация истерической симптоматики происходила в структуре повторного приступа или фазы. Актуализация истерической симптоматики в 21,4% случаев (15 больных) происходила до манифестации эндогенного заболевания (см. табл. 12).

Таблица 12 - Формирование истерической симптоматики в рамках этапа эндогенного психического заболевания.

Возникновение истерической симптоматики	Частота	Процент	Валидный процент
В первом приступе или фазе	35	50,0	50,0
В повторных приступах или фазах	20	28,6	28,6
До манифестации эндогенного заболевания	15	21,4	21,4
Итого	70	100,0	100,0

Во всех случаях развитию истерической симптоматики предшествовала психогенная провокация. В этом качестве, как правило, выступали неудачи на работе, учебе, трудовые перегрузки, конфликтные ситуации во взаимоотношениях с близкими, смерть родственников, изменения в социокультурных условиях, соматогенная провокация, физическое насилие, несчастный случай (ДТП, производственная травма и т.д.) (см. таблицу №13) [Попов С. М., 2022].

Таблица 13 - Распределение психотравмирующих событий.

Вид психогенной провокации	Частота	Процент
Смерть близких	12	17,14%
Межличностные конфликты	19	27,14%
Профессиональные трудности	14	20,00%
Несчастный случай	5	7,14%
Физическое насилие	6	8,57%
Изменения социокультурных условий	3	4,29%
Измена в супружеской паре	7	10,00%
Соматогенная провокация	4	5,71%
Итого	70	100%

По скорости развития ответа на психотравмирующую ситуацию истерические расстройства подразделялись на немедленные у 72,9% больных и отсроченные у 27,1%, т. е. наблюдавшиеся в тех случаях, когда стресс-индуцирующее событие, или их череда, постепенно достигали психотравмирующего уровня [Попов С. М., 2022].

3.1.1. Конверсионные расстройства.

В ходе исследования в рамках конверсионных нарушений были установлены истерические расстройства чувствительно-двигательной сферы. Конверсия в этих случаях определялась как потеря двигательной функции (70,00%). В числе основных компонентов конверсионного расстройства выделялись: мышечные двигательные нарушения, мышечные спазмы, астазия-абазия, нарушения в работе связочных аппаратов, функциональные нарушения голосового аппарата, судороги и парезы гладкой мускулатуры, «ком в горле», истерический двигательный судорожный припадок, анестетические расстройства (см. диаг. 12) [Попов С. М., 2022].

Диаграмма 12 – Конверсионные расстройства.



Основное деление чувствительно-двигательных дисфункций проводилось по двум категориям: торможение функции («гипофункция», «гипореактивность») и возбуждение функции («гиперфункция»,

«гиперактивность») [Попов С. М., 2022; Прохорова, 1956; Assal, 1970; Brown, 1954; Krishner, Kaplan, 1970; Lisfranc, 1966; Magee, 1962; Ziegler et al., 1960].

К истерическим нарушениям категории торможения относились парезы, параличи, спастические явления, астазия-абазия и нарушения речи. Парезы отмечались в 42 клинических случаях (60% от общего числа клинической группы), параличи - в 7 случаях (10%). Истерический паралич или парез мог ограничиваться одним избирательным движением, или системной потерей движений, акинезией («астазия-абазия» - 29 клинических случаев (41,2%)).

Особую группу истерических чувствительно-двигательных дисфункций в 15 клинических случаях (21,4%) составили профессиональные дискинезии. Симптоматика напрямую зависела от характера выполняемых профессиональных действий. Подобные профессиональные дискинезии отмечались преимущественно у людей, чья работа связана с мелкой моторикой рук [Keririski, 1972; Lundin, 1974].

Спазм глотательного аппарата был фиксирован в 4 клинических случаях (5,71%), часто сочетаясь с истерическим симптомом «ком в горле». Глоточный спазм заключался в дисфагии, затруднении глотания, более выраженном при приеме твердой пищи. Истерический «ком в горле» наблюдался чаще, в 49 клинических случаях (70%), и был представлен ощущением сдавливания в горле, мог проявляться как самостоятельный симптом, т. е. без спазма глотательного аппарата. В этих случаях он исчезал на период приема пищи [Karpman, 1953; Lockhart, 1961; Pruet, Zoller, 1962]. Расстройства речи появлялись в 3 клинических случаях (4,28%) и были представлены афонией, речью шепотом или охрипlostью.

В ходе проведенного исследования также были выявлены истерические двигательные гиперкинезы, к ним относились: дрожание, произвольные движения, судорожные припадки и различные формы двигательного возбуждения (например, моторная буря или хаотическое бегство). Истерическое дрожание отмечалось в 11 клинических случаях

(15,71%) и проявлялось попеременными ритмичными движениями небольшой амплитуды, захватывающими, главным образом, дистальные участки конечностей (чаще всего верхних), а также голову, язык и прочие [Prusinski, 1974, Якубик А., 1977].

Основными проявлениями истерических припадков, встретившихся в 18 клинических случаях (25,71%), были эпилептоподобные движения, двигательный «клоунизм» (искривление тела в истерическую дугу), двигательные «страстные позы» и жесты, выражающие гнев, ужас, экстаз и другие аффективные переживания, малые припадки судорог с криками, судорожным плачем или смехом, дыхательными судорогами (тахипноэ, лающий кашель, икота) [Briquet, 1859; Charcot R., 1887; Бабинский Ж., 1934].

Среди истерических гиперкинезов также выделялись тики (15 клинических случаев (21,42%)) - произвольные резкие содружественные стереотипные и ограниченные одной группой мышц (простые или сложные) движения. Преимущественно тики проявлялись в виде прищуривания глаз, шмыганьем, сморщиванием носа, покашливанием, различными произвольными движениями губами или головой, скрежетанием зубами, пожатиями плечами [Якубик А., 1977].

Отдельную группу истерических дисфункций составили расстройства чувствительной сферы, которые также относятся к конверсионному типу истерической симптоматики. Опираясь на основное определение диссоциативных расстройств, данное в МКБ-10, согласно которому необходимо присутствие частичного или полного изменения сознания, чего при изменении поверхностной чувствительности не происходит, данная рубрика в ходе исследовательской работы относилась к расстройствам конверсионного регистра. Наиболее часто, в 22 клинических случаях (31,43%), встречались истерические кожные анестезии [Assal, 1970; Levy, Mushin, 1973; Lisfranc, 1966; Ljungberg, 1957].

Истерическая гиперфункция чувствительной сферы также отмечалась в форме истерических болей и имела место у 41 пациента (58,57%). Боли

фиксируются в любых частях тела, хотя преимущественно локализовались в области головы (истерический «гвоздь» и истерическая «каска»), области верхних конечностей и в грудной клетке. В отдельных случаях, у 4 пациентов, истерические боли сохранялись многие годы [Mastrovito, 1974; McCranie, 1973; Purtell et al., 1951].

Относительно истерического расстройства зрительных функций, в клинической когорте нарушение зрения отмечалось лишь в 1 клиническом случае (1,43%) и было представлено двусторонним концентрическим сужением поля зрения, сопровождавшимся истерической анестезией кожного покрова вокруг глаз [Kerinski, 1972; Moody, Blyth, 1956].

3.1.2 Соматоформные расстройства.

Соматоформные нарушения представляли собой многочисленные, повторяющиеся, часто меняющиеся физические симптомы, непрерывно присутствующие или рецидивирующие не менее 3 месяцев при наличии отрицательных результатов диагностики соматической патологии [Иванов С. В., 2002; Попов С. М., 2022].

Среди многочисленных истерических дисфункций вегетативной системы отмечались прежде всего: икота, кашель, часто сочетающийся с чиханием и зеванием, учащенное заглатывание воздуха (истерическая аэрофагия), дизурия, рвота. Истерический кашель, икота, зевота, аэрофагия обычно носили приступообразный характер, длительность их персистирования варьировала от нескольких минут до 10 месяцев и более, а также отмечалось полное исчезновение симптомов во время сна. Истерическая рвота характеризовалась стойкостью (могла сохраняться несколько месяцев), высокой частотой (после каждого приема пищи или несколько раз в день), отсутствием первоначальной тошноты, отрыгиванием пищи без напряжения сразу после еды, хорошим или повышенным аппетитом, отсутствием нарушения питания, несмотря на длительность сохранения симптома [Якубик А., 1977].

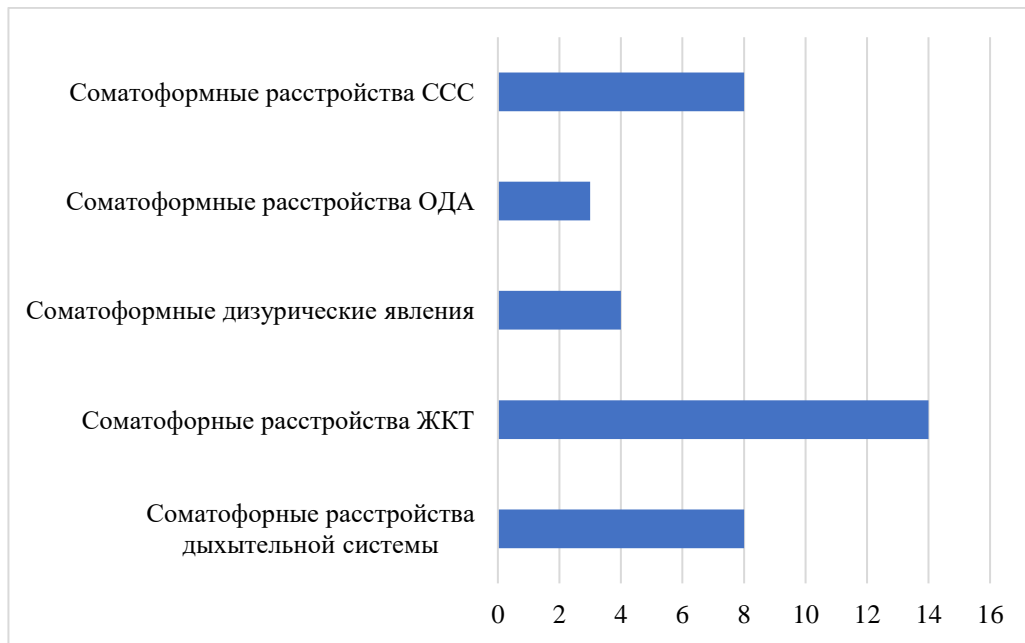
В рамках соматоформных расстройств также отмечалась гипервентиляция (в 8 клинических случаях - 11,42%). Это состояние определялось сухим навязчивым кашлем, «поведенческой одышкой», неудовлетворенностью вдохом, «тоскливыми» вздохами, приступообразной зевотой, аэрофагией, психогенной аллергией. Эти расстройства характеризовались усилением при эмоциональной и речевой нагрузке, в закрытых или душных помещениях, в присутствии субъективно неприятных запахов.

У обследованных пациентов выявлялся синдром кардионевроза (в 8 клинических случаях - 11,42%), который характеризовался неприятными ощущениями или болью в области сердца, изменением силы и частоты сердечных сокращений («усиленное сердцебиение», тахикардия, экстрасистолия). Симптомы возникали или усиливались в связи с психотравмирующими ситуациями или в периоды гормональной физиологической перестройки (пубертатный, климактерический периоды, беременность).

Одними из самых частых проявлений соматоформных расстройств являлись нарушения функционирования желудочно-кишечной системы (14 клинических случаев - 20%), наиболее распространенным из которых был синдром раздраженного кишечника. В качестве основных его проявлений выступали боли или дискомфорт в области живота, сопровождавшиеся изменениями пассажа (ускорение или ощущение неполного освобождения толстой кишки), ощущением распирания или расширения кишечника, чувством облегчения после дефекации.

В том числе в клинической когорте выявлялись соматоформные расстройства, относимые к дизурическим явлениям (в 4 клинических случаях - 5,71%) и симптомы, имитирующие заболевания опорно-двигательного аппарата и заболеваний кожи (в 3 клинических случаях - 4,29%), такие как ревматоидный артрит и нейродермит (см. диаг. 13).

Диаграмма 13 - Соматоформные расстройства.



3.1.3 Диссоциативные расстройства.

К клиническим проявлениям диссоциативных расстройств, выявленных в ходе исследования и отмечавшихся в 3 наблюдениях (4,29%), относился большой истерический припадок, который представлял собой сочетание двигательных дисфункций по типу возбуждения со снижением уровня сознания [Abse, 1966; Ljungberg, 1957; Standage, 1957; Попов С. М., 2022; Якубик А., 1977].

В психотравмирующих ситуациях, представляющих непосредственную опасность для жизни или для основных потребностей пациента, отмечалось возникновение двух противоположных форм истерического диссоциативного расстройства: общее торможение - истерический ступор, и психомоторное возбуждение - истерическое хаотическое бегство. Такие крайние двигательные дисфункции протекали с одновременным сужением сознания, в связи с чем причислялись к группе

диссоциативных симптомов. Истерический ступор (17 клинических случаев - 24,29%) возникал как внезапно, так и постепенно, мог быть полным или неполным, являлся самостоятельным типом расстройства или одной из стадий других реактивных истерических синдромов (например, псевдодеменции). Истерический ступор мог окончиться внезапно, постепенно или волнообразно (ослабление и повторное нарастание симптомов), а также имел тенденцию к рецидивированию. Его продолжительность составляла до нескольких часов. В сравнении с другими типами истерических расстройств ступор преимущественно носил затяжной характер [Bilikiewicz, 1973; Kretschmer, 1974; Uszkiewiczowa, 1966; Якубик А., 1977].

В отличие от истерического ступора течение истерического двигательного возбуждения (9 клинических случаев - 12,86%) было кратковременным. По своей структуре истерическое гиперкинетическое возбуждение характеризовалось множеством нецеленаправленных движений, хаотическим метанием из стороны в сторону, агрессией, стремлением к разрушению, нанесением самоповреждений.

Психопатологическая картина диссоциативного расстройства, в зависимости от степени истерической дезинтеграции личности, подразделялась на истерическую деперсонализацию, амбулаторные автоматизмы и глубокое сумеречное помрачение сознания.

Низкая выраженность истерической дезинтеграции личности проявлялась в виде деперсонализации типа «как будто» (5 клинических случаев - 7,14%). Больные чувствовали внутренние изменения, словно иначе переживали, воспринимали и думали, в некоторых случаях ощущали «будто изменился внешний мир» [Sedman, 1970; Weckowicz, 1970]. У этих пациентов отсутствовало четкое ощущение изменения собственной личности, что являлось дифференциальной особенностью в отношении психотической или депрессивной деперсонализации.

Более глубокая степень диссоциативной дезинтеграции личности проявлялась в форме амбулаторных автоматизмов (истерическая fuga) (2 клинических случая - 2,86%), при которых поведение пациентов сохраняло целенаправленный характер при отсутствии сознательного взаимодействия с окружающим миром. Fuga развивалась и редуцировалась внезапно, длилась от нескольких часов до нескольких дней, а также полностью или сегментарно амнезировалась пациентами. Реальность переживаний для пациента во время истерической fuga была четко обособлена от предшествующих событий, поэтому действия больного не были связаны с его обычными занятиями, профессией или семьей [Якубик А., 1977].

Проявлением глубокой дезинтеграции личности было истерическое сумеречное состояние. В зависимости от доминирующих в клинической картине симптомов выделялись: псевдодеменция, пуэрилизм, синдром дурашливости, синдром «одичания», бредоподобные фантазии.

Истерическая псевдодеменция (18 клинических случаев - 25,71%) обычно отличалась затяжным течением и была представлена временной утратой знаний и навыков разной степени глубины, в зависимости от воздействия психотравмирующего события. В 3 клинических случаях (4,29%) отмечались стертые эпизодические стресс-индуцированные истерические галлюцинации, представленные обонятельными, вкусовыми, осязательными проявлениями, по содержанию напрямую связанные с предшествующей психогенией. Яркие истерические галлюцинации отмечались лишь в 1 клиническом случае (1,43%), характеризовались проекцией вовне, были представлены кошмарными видениями, ассоциированными по содержанию с предшествующей психогенией, а также сопровождалась ретардированной амнезией.

Истерический синдром бредоподобных фантазий был выявлен в 5 клинических случаях (7,14%) и носил чаще ипохондрический или религиозный характер, также пациенты высказывали нестойкие идеи колдовства, собственного величия или преследования. По содержанию

бредоподобные фантазии были связаны с травмирующей ситуацией; обнаруживали зависимость от случайных событий, прочитанных книг; могли быть почерпнуты из наблюдений за другими пациентами в больнице. Бредоподобным фантазиям сопутствовали беспокойство, паника, депрессивное настроение, состояние экстаза или двигательное возбуждение [Якубик А., 1977].

Одним из общих свойств диссоциативных расстройств была сегментарная или полная амнезия периода обострения. Амнезировались прежде всего психотравмирующие события и последующие травмирующие переживания, окрашенные негативными эмоциями. В 8 клинических случаях (11,43%) истерическая амнезия симулировалась пациентами [Balestrieri et al., 1974; Kiersch, 1962; Lisfranc, 1966; Siegal, 1951] (см. диаг. 14).

Диаграмма 14 – Диссоциативные расстройства.



3.2. Типологическая дифференциация истерических расстройств, возникающих в рамках эндогенных аффективных заболеваний и шизофрении.

В описанных ранее в научной литературе состояниях, протекающих в сочетании с истерическими расстройствами, проводилось разграничение, в

первую очередь, исходя из особенностей эндогенного психического заболевания, заведомо рассматривая появление истерической симптоматики обособленно. В последние три десятилетия в научных исследованиях заметен дефицит работ, посвященных сопряженности истерических расстройств с иной психопатологической симптоматикой в рамках эндогенных психических заболеваний, а также их патоморфоза [Попов С. М., 2022]. Работы последних лет посвящены изучению негативных изменений личности при истерошизофрении, [Дубницкая Э. Б., 1979; Жилин В. О., 2020; Смулевич А. Б., 1987]. В основном, истерические расстройства рассматривались обособленно в контексте динамики течения либо эндогенных аффективных заболеваний, либо шизофрении, без внимания к вопросам сопряженности и взаимовлияния истерической симптоматики и аффективных или психотических синдромов [Даниленко О. А., 2011; Ильина Н. А., 2004; Перчаткина О.Э., 2004; Попов С. М., 2022; Пшеничных И.В., 2006; Чиковани Г. О., 1997].

Клинико-психопатологический анализ эндогенных психических заболеваний аффективного и шизофренического спектра, протекающих с истерической симптоматикой, показал, что прогностически значимым является параметр сопряженности истерических симптомов с другими психопатологическими синдромами, т.е. степень и характер их взаимовлияния и особенностей в динамике [Попов С. М., 2022].

Таким образом, изучение психопатологических особенностей истерических расстройств позволило выявить три различных типологических группы на основании различий в структуре истерического синдрома, динамике истерических расстройств, а также степени сопряженности с психопатологической симптоматикой основного заболевания. Первая типологическая группа – истерические расстройства, сопряженные с аффективной симптоматикой, вторая группа – истерические расстройства, сопряженные с психотической симптоматикой, третья группа – «кастовые» истерические расстройства [Попов С. М., 2022].

3.2.1 Истерическая симптоматика, сопряженная с аффективными расстройствами.

Данная типологическая группа была представлена 26 пациентами, что составило больше трети от всех обследованных (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. Длительность аффективных фаз в среднем составляла $6,3 \pm 2,2$ месяца.

В данной группе диссоциативно-конверсионная симптоматика была представлена преимущественно конверсионными явлениями (53,8%), а также сочетанием диссоциативных и конверсионных нарушений, с преобладанием последних (46,2%). Изолированное проявление только диссоциативной симптоматики не отмечалось ни в одном из обследованных случаев.

Динамика формирования истерических расстройств в структуре основного эндогенного аффективного заболевания с учетом ведущих нарушений обнаруживала следующие варианты.

Подгруппа с конверсионной симптоматикой (53,9%) была представлена пациентами, у которых выявлялись следующие нарушения: истерические боли (истерические психалгии), нарушения двигательной активности – парепарезы и пареплегии, астазию-абазию, а также расстройства поверхностной чувствительности – парестезии и анестезии. Истерические психалгии чаще всего локализовались в области головы, так называемые боли по типу «каска» или «гвоздя, клина», в верхних конечностях, в грудной клетке, а также боли, имитирующие состояние «острого живота». Истерические боли характеризовались преимущественно отсутствием соматических и вегетативных нарушений, характерных для физических болей в данной области (например, при болях в области предплечья, у пациента с предшествующим в анамнезе несколько лет назад термическим ожогом этой области, отсутствовали ограничения в движениях и вынужденное положение кисти и пальцев). Истерические нарушения двигательных функций у пациентов данной группы были представлены

гипофункциональными проявлениями – парезами и параличами. Паретические расстройства в большинстве случаев включали парапарез и параплегию нижних конечностей. Их отличительной особенностью было сочетание с нарушениями поведения в рамках акцентуации истерического круга: привлечение внимания, углубление поражения при общении с врачом, и возобновление физиологической функции при отвлечении внимания больного, а также сохранение активного сопротивления при попытках манипулятивного движения, в сочетании с демонстрацией усилий пошевелить конечностью (например, преувеличенные гримасы, покраснение лица, напряжение мышц непораженных участков и т. п.). Паретическим нарушениям обычно сопутствовали нарушения походки: «приволакивающая» - с волочением конечностей, «скользящая» - со скольжением подошвы, «балансирующая» - с покачиванием из стороны в сторону, будто с попыткой удержать равновесие [Попов С. М., 2022]. Частым проявлением истерических двигательных расстройств у данной группы отмечалась астазия-абазия. В том числе выявлялись нарушения чувствительности: истерические парестезии, которые были представлены ощущениями жжения, онемения, покалывания, «бегания мурашек», а также истерические анестезии, которые затрагивали преимущественно области предплечий и кистей по типу «перчаток» [Попов С. М., 2022].

Подгруппа пациентов с сочетающейся диссоциативной и конверсионной симптоматикой (46,2%) была представлена больными, в картине заболевания которых присутствовало полисимптоматическое сочетание конверсионных нарушений (истерические психалгии, парез, паралич, анестезия, парестезия) и диссоциативных расстройств. Диссоциативная симптоматика включала такие нарушения, как истерический припадок, псевдодеменция, а также в единичных случаях отмечалась истерическая деперсонализация по типу «как будто». Деперсонализационные расстройства проявлялись ослаблением чувства тождества, что психопатологически заключалось в изменении восприятия больным

окружающего по типу «как будто», он чувствовал, что «внутренне в чем-то изменился», словно иначе переживал, воспринимал и обдумывал поступающую информацию, а иногда – «будто» изменился окружающий мир. Псевдодеменция характеризовалась обратимым мягким когнитивно-мнестическим снижением, отсутствием нарушения сознания в сочетании с типичной демонстрацией умственной неполноценности с помощью мимики (например, наморщивание или потирание лба, вытаращивание глаз, задержка ответа на вопрос) и сопутствовавшим дурашливым или пуэрильным поведением. Такие больные демонстрировали инфантильные манеры, эмоциональную экспрессию, движения и мимику [Попов С. М., 2022].

Эта группа пациентов отличалась слабой психопатологической интенсивностью истерических расстройств в сопряжении с эндогенным аффективным заболеванием, но отмечалась четкая корреляция с тревожным аффектом, на фоне которого истерические расстройства обретали яркие черты, и, в дальнейшем, меняли полюс проявлений с конверсионного на диссоциативный. Так, конверсионная симптоматика, доминирующая в клинической картине вначале, на фоне усиления тревожных проявлений редуцировалась, а диссоциативная симптоматика, напротив, актуализировалась и обнаруживала быструю спонтанную динамику с яркими клиническими проявлениями. По мере редуцирования тревоги отмечалось обратное развитие истерических проявлений – диссоциативная симптоматика нивелировалась, а конверсионная - возвращалась до уровня, предшествовавшего развитию тревоги [Попов С. М., 2022].

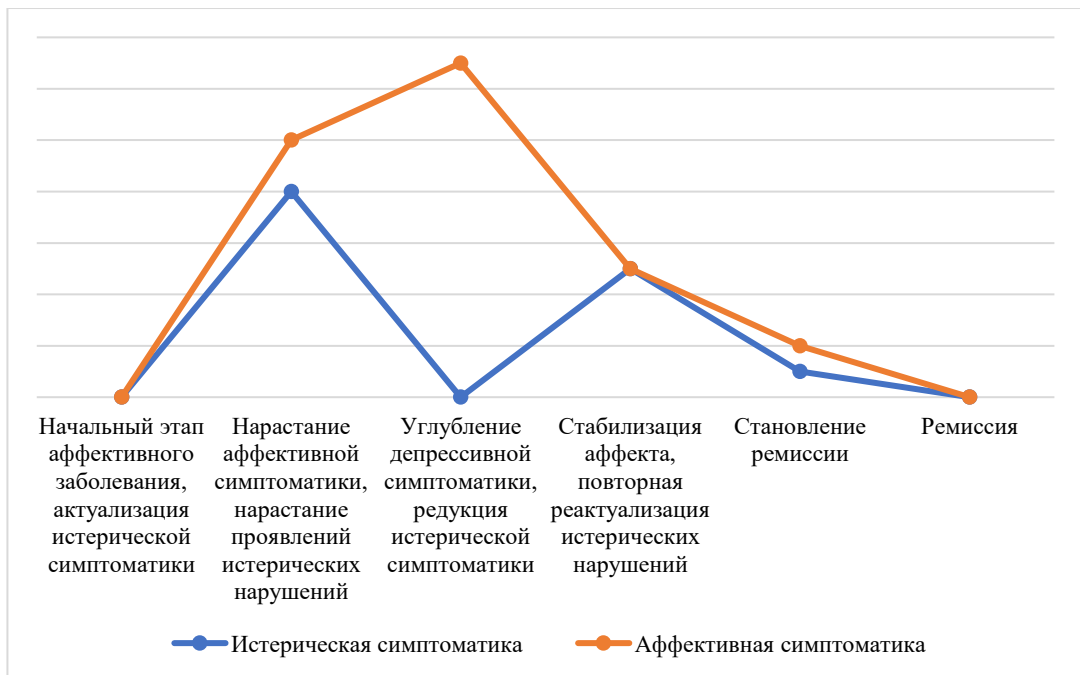
В данной типологической группе истерическая симптоматика манифестировала в первом аффективном эпизоде (15 клинических случаев 57,69%), в повторных эпизодах (11 клинических случаев 42,31%), в зависимости от времени возникновения психотравмирующего события. Важным представляется то, что истерические расстройства, манифестировав в одном эпизоде, могли проявляться и в последующих, но уже без повторной психотравмы. Причем в повторных аффективных эпизодах по своей

структуре не отличались, приобретая клишированный характер [Попов С. М., 2022].

В рамках формирования ремиссии истерическая симптоматика полностью редуцировалась в 18 клинических случаях (69,23%) или сохранялась в виде субклинических расстройств (30,77%), исключительно в рамках сопряженности с тревожно-ипохондрическим аффективным фоном. Эта симптоматика проявлялась в виде остаточных, стертых монотонных конверсионных расстройств, проявляющихся в стресс-ассоциированных условиях, которые в дальнейшем могли служить фундаментом для развития соматоформного расстройства [Попов С. М., 2022].

Характер и структура истерической симптоматики у пациентов данной группы были взаимосвязаны с ведущим аффективным синдромом. Так, если у пациента отмечались исключительно конверсионные расстройства монотонного характера и слабой психопатологической окрашенности с медленным нарастанием проявлений, в дальнейшем выявлялось развитие гипотимии с апато-адинамическим аффективным синдромом (30,7%). В тех случаях (69,3%), когда у пациента отмечались яркие и обширные конверсионные нарушения с быстрым нарастанием проявлений, в структуре аффективного синдрома проявлялся преимущественно тревожно-ипохондрический компонент, с последующим присоединением диссоциативной симптоматики, не отмечавшейся при апато-адинамическом варианте депрессии. Диссоциативная симптоматика была напрямую сопряжена с нарастанием тревожного аффективного компонента, на пике проявлений которого конверсионная симптоматика полностью редуцировалась, уступая место диссоциативным расстройствам. Эти расстройства отличались кратковременным проявлением, включаясь в структуру истерического синдрома пароксизмально (см. рис. 1) [Попов С. М., 2022].

Рисунок 1 - Динамика истерической симптоматики, сопряженной с аффективным расстройством.



Структура аффективного синдрома напрямую зависела от характера и особенностей формирующегося истерического расстройства. В данной типологической группе были выделены тревожно-ипохондрический (46,2%) и апато-динамический (30,7%) радикалы депрессивного синдрома. Тревожно-ипохондрический аффективный синдром формировался на фоне быстро нарастающих, структурированных, пароксизмальных истерических расстройств (парез, плегия, припадок, астазия-абазия, парестезии), которые четко и подробно описывались больными. При тревожно-ипохондрическом варианте отмечалось активное поведение с поиском причины и способов лечения возникающих соматических и неврологических расстройств, вызванных истерической симптоматикой. Апато-динамический вариант аффективного синдрома формировался на фоне предшествовавшей стертой, неоформленной, слабоинтенсивной, но стойкой, истерической симптоматики (истералгии, парестезии, плегии, псевдодеменция). При апато-динамическом варианте отмечалось пассивное, отрешенное поведение: пациенты принимали формирующиеся расстройства как следствие

психотравмирующего воздействия, полностью поддаваясь нарастающей симптоматике, нередко преувеличивая свои переживания. В оставшихся 23,1% случаев тревожный радикал сочетался с периодически возникающими преходящими вторичными аффективными проявлениями: апатией, тоской, астенией. В этом случае формирование аффективных и сопряженных истерических расстройств соответствовало тревожно-ипохондрическому варианту развития.

Депрессивная тревожно-ипохондрическая симптоматика была представлена тревогой за соматическое или психическое здоровье, также, тревога могла носить политематический характер и касаться психотравмирующих событий, в том числе здоровья близких, трудностей на работе или учебе, финансовых проблем. Если конверсионная симптоматика характеризовалась затяжным существованием, то тревога приобретала ипохондрический оттенок. Пациенты были убеждены в наличии у себя соматического недуга, начинали отслеживать любые изменения в состоянии, при малейшем отклонении от нормы испытывали усиление тревоги. Этим пациентам была свойственна избыточная эмоциональность, склонность к бурным проявлениям чувств в присутствии других людей. В 7 клинических случаях (10,00%) ипохондрическая симптоматика сопровождалась идеаторной фиксацией на болезненных ощущениях, связанных с проявлениями конверсионной симптоматики. На высоте тревоги идеаторная фиксация достигала уровня сверхценных образований, что проявлялось охваченностью своим состоянием, поиском разнообразных способов лечения, оздоровления, пациенты обращались к народной медицине, изнуряющим диетам, гимнастике и т.д. Идеаторная фиксация на болезненных переживаниях у данных пациентов никогда не доходила до бредового уровня, так как при снижении уровня тревоги и исчезновении конверсионной симптоматики пациенты поддавались переубеждениям врачей и окружающих.

В случае депрессивной симптоматики с формированием апато-динамического ведущего аффективного синдрома, на передний план выступали ощущения подавленности, общей слабости, нежелания чем-либо заниматься, больные залеживались в постели, отказывались посещать врача, общаться с близкими, несмотря на нарастающие болезненные проявления, которые демонстрировали окружающим со всей яркостью, часто с аггравацией имевшихся симптомов, но, в свою очередь, отказывались от советов и рекомендаций, считая, что никто не в состоянии понять и оценить всю тяжесть их состояния. У этих пациентов отмечалась склонность к пассивно-оборонительному поведению: выглядели расслабленными, безучастными, безразличными к происходящему, испытывали повышенную утомляемость и слабость при любом напряжении. Говорили тихим голосом, сопровождая речь страдальческой мимикой и скупыми жестами. Эти больные не стремились активно привлечь внимание, а лишь косвенно демонстрировали желание вызвать сочувствие или поддержку от окружающих. По мере углубления депрессивного аффекта формировались ипохондрические расстройства: переоценка соматических ощущений, нозофобия. Также присоединялись нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга по типу брюзжания, постоянной «слезливости», придиристичности и недовольства.

По своей структуре депрессии характеризовались наличием полной депрессивной триады. Идеаторные нарушения депрессивного круга были представлены заторможенностью, трудностями концентрации внимания, рассеянностью. Аффективная симптоматика на высоте состояния сопровождалась признаками витальности в виде нарушения сна, снижения аппетита вплоть до его отсутствия [Попов С. М., 2022]. Расстройства сна проявлялись в виде трудностей засыпания, частых ночных пробуждений, отсутствия чувства отдыха после сна, а также в виде инверсии цикла сна и бодрствования. Почти у половины больных (53,84%) отмечались демонстративные суицидальные интенции. Встречалась внутренняя форма

суицидального поведения, представленная антивитальными переживаниями, преимущественно выраженными размышлениями о желании «забыться» в связи с длительным действием триггера психотравмирующей ситуации. Также выявлялась форма аутоагрессивного несуйцидального поведения в виде нанесения самопорезов без ощущения эйфории с целью снижения аффективного напряжения в основном психогенного генеза [Попов С. М., 2022].

Главным фактором суицидального риска выступала склонность больных к употреблению алкоголя, с целью снижения аффективного напряжения, с последующим нарастанием дисфорического аффекта и актуализацией идей самоуничужения, что могло привести к развитию суицидальных интенций. Причиной обращения чаще всего выступало наличие и нарастание истерических расстройств, затрагивающих соматическое и неврологическое функционирование пациента.

Формирующиеся диссоциативно-конверсионные расстройства обнаруживали отчетливую связь с депрессивным аффектом, полностью редуцируясь в маниакальных и гипоманиакальных фазах. В нескольких случаях (11,5%) у больных отмечались смешанные аффективные состояния, в виде ипохондрической мании, а также выявлялись аффективные фазы обоих полюсов со сменой полярности по типу быстрых циклов [Попов С. М., 2022]. У данных больных было проведено психометрическое исследование маниакального состояния по шкале Янга, оценка которого составила в среднем 9 баллов, что соответствовало гипоманиакальному состоянию.

Оценка депрессии по шкале Гамильтона на высоте состояния составляла в среднем $31,5 \pm 4,9$ балла, что соответствовало депрессивному расстройству крайне тяжелой степени тяжести. Как правило, депрессивное состояние развивалось постепенно, и его течение приобретало достаточно затяжной характер. Аффективный компонент определялся устойчивостью, затяжным монотонным течением с отсутствием резких колебаний [Попов С. М., 2022].

Во всех наблюдениях данной группы преморбидно отмечались личностные девиации разной глубины выраженности, относимые к истерическому кругу. Этим пациентам были присущи склонность к демонстративности, впечатлительности, эмоциональной лабильности, не обладая достаточными эмоционально-волевыми ресурсами, они реагировали на психотравмирующее воздействие «невротическим срывом» по механизмам самовнушения, «ухода в болезнь», нозофилии.

В 42,31% выявлялось сочетание акцентуированных гипертимных и истерических черт, в 19,23% случаев наряду с истерическими существовали шизодные черты, и в 38,46% было отмечено сочетание других характерологических полюсов (психастенический, эмоционально-лабильный) с истерическим. В отношении интенсивности проявлений расстройств для данной группы была характерна парциальная выраженность, частичная или полная обратимость нарушений, наличие критики к болезненным ощущениям, переходящее расстройство адаптации. После перенесенного аффективного эпизода с сопряженной истерической симптоматикой, спровоцированной психогенией, у пациентов на длительное время снижалась восприимчивость к определенным стрессовым воздействиям. Под воздействием хронических психогений или после перенесенного аффективного эпизода, отмечалось либо заострение уже имевшихся характерологических истерических черт, либо появление новых - в виде гипертрофированных нарушений поведения в рамках акцентуации истерического круга с демонстративностью и брутальностью.

Особенность данной типологической группы заключалась в том, что истерическая симптоматика манифестировала сопряженно с нарастанием аффективных нарушений. По мере углубления депрессивного аффекта отмечалось нивелирование истерической симптоматики с полной ее редукцией на высоте глубины аффекта. И соответственно с этим, происходило ее обратное развитие по мере стабилизации аффективного

фона, когда истерическая симптоматика вновь актуализировалась, обретая прежние черты [Попов С. М., 2022].

Клиническое наблюдение №1.

Пац-т С-на, 1993 г.р. Впервые госпитализирована в ФГБНУ НЦПЗ в 2017 году.

Наследственность отягощена манифестными психозами по линии отца.

По линии матери:

Бабка: в течение жизни работала на заводе. По характеру была добрая, отзывчивая, но одновременно с тем и строгая, авторитарная, вспыльчивая, успокаивалась после конфликтов быстро. Умерла в возрасте 78 лет от соматического заболевания.

Дед: имел среднее специальное образование, в течение жизни работал механиком речных судов. По характеру был спокойным, уравновешенным, стремящимся к размеренному образу жизни, во всем потакающим требованиям жены. Умер в возрасте 70 лет от соматического заболевания.

Мать: 62 года. На пенсии, в течение жизни работала учителем географии. Имеет высшее педагогическое образование. По характеру демонстративная, склонная к манипуляциям, симулятивному поведению, капризная, строгая, категоричная, требовательная, непреклонная, всегда стоит на своем, даже если полностью не уверена в своей правоте, вспыльчивая, успокаивается после конфликтов быстро. Отмечается склонность к магическому мышлению, суеверна.

По линии отца:

Бабка: в течение жизни была домохозяйкой, не работала. По характеру была замкнутой, малообщительной, благодушной, рассеянной. Была диагностирована болезнь Паркинсона, умерла от соматической патологии.

Дед: в течение жизни болел бериллиозом. Имел научную степень, работал ученым исследователем. Прошел ВОВ. По характеру был целеустремленным, трудолюбивым, прагматичным, отдавал все свои силы работе, был заботливым и строгим в кругу семьи, мало эмоциональным с окружающими. Умер в возрасте 48 лет, задохнувшись угарным газом от сигареты во сне.

Отец: 66 лет. Имеет высшее образование, кандидатскую степень химико-физических наук. Работает генеральным директором собственной фирмы. По характеру внимательный к мелочам, заботливый, спокойный, рассудительный, трудолюбивый, «легкий на подъем».

Брат отца: С 13 лет после начала приступов с галлюцинаторной симптоматикой наблюдался у психиатров с диагнозом «Шизофрения». До болезни по характеру был

застенчивым, замкнутым, творческим. Совершил самоубийство в возрасте 19 лет путем самосожжения, когда накрылся одеялом в ванной и поджег себя.

Сестра: 38 лет. Имеет высшее экономическое образование. Работает по специальности. По характеру демонстративная, вспыльчивая, успокаивается быстро, резкая в высказываниях, капризная, требовательная, авторитарная.

Родилась от пятой беременности матери (от первой беременности родилась старшая сестра, вторая, третья, четвертая беременности закончились абортами по физиологической причине), протекавшей без осложнений, роды путем кесарева сечения, срочные, на 32 неделе. Родилась с желудочным кровотечением, в связи с чем наблюдалась в отделении реанимации в течение нескольких недель. В детском возрасте часто болела ОРЗ, которые лечила по инициативе матери гомеопатией. По характеру росла активной, общительной, стремилась к лидерству, быть в центре внимания, была требовательной к окружающим, капризной, но легко отступалась от своих притязаний, если встречала отпор. Любила выступать перед аудиторией, нравились аплодисменты. Воспитывалась родителями в условиях гиперопеки, по принципу «кумир семьи». В ДДУ была отдана в возрасте 3 лет, адаптировалась легко, проблем в общении со сверстниками не испытывала. Общалась преимущественно с мальчиками, предпочитала подвижные, спортивные игры, часто становилась зачинщицей шалостей. Обладала богатым воображением, любила фантазировать, так вместе с отцом часто дома устраивала театр, где изображали разных персонажей, создавая себе костюмы из подручных материалов. Детских страхов, сноговорения, снохождения, ночного энуреза не было. В школу пошла в 7 лет. В коллективе адаптировалась без труда, учиться нравилось. Из предметов предпочитала литературу, английский язык, историю. Легко и быстро запоминала большие объемы информации. В свободное от школы время посещала занятия фортепиано, флейты, хорового пения, а также занималась спортивным плаванием, но большую часть времени играла в театральном кружке.

Менархе с 12 лет, не установились на момент обследования, обильные, болезненные, сопровождались опоясывающими болями в области малого таза, ощущениями нехватки воздуха. С того же возраста изменилась по характеру, стала более замкнутой по характеру, отмечала неуверенность в себе, перестала стремиться отвечать у доски, выступать перед публикой, так как боялась ошибиться и быть обсмеянной. Тогда же стала периодически курить, выпивать в компании друзей, предпочитала проводить время на прогулках по заброшенным зданиям, крышам, стала чаще ссориться с матерью, проявлять оппозиционность, бунтовать против требований взрослых. Часто меняла свою

внешность в соответствии с модными тенденциями, стремилась быть похожей на популярных звезд.

Первая влюбленность с 14 лет, нравились мальчики, которые грубо с ней обращались, в связи с чем периодически испытывала переживания. С 15 лет, в очередной раз разочаровавшись в романтическом опыте с мальчиками, решила попробовать себя в отношениях с девушками. Новый опыт понравился, находила удовлетворение в том, что выступает против правил общества, казалось, что сверстники завидуют ее смелости.

11 класс закончила на «4-5», экстерном, по инициативе родителей, так как планировала использовать сэкономленное время для подготовки к сдаче ЕГЭ. Успешно сдала ЕГЭ, поступила по рекомендации матери в Московский политехнический университет на факультет издательского дела. Учеба нравилась, но больше привлекало праздное времяпрепровождение с новыми друзьями из ВУЗа.

С 17 лет вступила в первые серьезные отношения с девушкой старше себя на 5 лет. В отношениях нравилось, что возлюбленная исполняет ее прихоти, опекает ее, ревнует, внимательна к ней, однако часто ссорились, «кипели эмоции», чаще конфликты происходили в многолюдных местах. С 19 лет стала отмечать эпизодические расстройства желудочно-кишечного тракта в местах скопления людей, преимущественно после ссор с девушкой.

В декабре 2015 года (20 лет) по обоюдному согласию решили прекратить отношения. На расставание больная отреагировала снижением настроения с постоянной тоской о прошлом, сопровождающейся давящим чувством в груди, настроение сохранялось сниженным без изменения в течение суток, отмечала неприятные ощущения в животе, тошноту с эпизодической рвотой, приносящей облегчение, жаловалась на «ком в горле», нехватку воздуха и чувство жара во всем теле, с трудом засыпала, снизился аппетит. В этом состоянии ничем не занималась, в основном сидела за компьютером, редко ходила на учебу.

В феврале 2016 года познакомилась в интернете с молодым человеком, жившем в другой стране, с которым стала встречаться на расстоянии. На фоне влюбленности состояние стало выравниваться, из прежних жалоб беспокоили только тошнота и расстройство кишечника на фоне стрессовых ситуаций. В начале апреля влюбилась в другого молодого человека, привлеченного своей обходительностью, без сожаления расставшись с предыдущим. С мая, несмотря на хорошее настроение и легкость, связанную с очередной влюбленностью, стала жаловаться на учащение эпизодов тошноты и позывов к дефекации, возникавших уже вне связи со стрессовыми ситуациями, провоцирующими факторами выступали места скопления людей и поездки в

общественном транспорте. Жаловалась на скручивающие болезненные ощущения в животе, во время тошноты ощущала нехватку воздуха, нарастала тревога, возникало беспокойство, что это могло быть связано с возможной онкологической болезнью. Эти эпизоды длились обычно от 30 до 60 минут, для облегчения состояния принимала ибупрофен с положительным эффектом. Продолжала учиться, общаться с друзьями, встречаться с молодыми людьми, в свободное время работала в сфере обслуживания. В июле 2016 года, в метро, испытывая напряжение, связанное с предстоящим в этот день экзаменом, во время очередного приступа тревоги, тошноты и расстройства кишечника не сдержала процесс дефекации. Испытала страх быть обсмеянной, ощущение позора, с трудом вернулась домой, не поехав на экзамен. В течение нескольких дней не выходила из дома. Но спустя некоторое время после уговоров родителей вернулась к своему привычному режиму учебы и работы. С этого момента стала опасаться поездок в общественном транспорте, просила отца сопровождать ее, в его компании чувствовала себя спокойнее. При малейших неприятных ощущениях в животе ощущала нарастающую тревогу, страх возможной дефекации, «ком в горле», чувство нехватки воздуха, начинала задыхаться, учащалось сердцебиение, немели руки, ощущала слабость в ногах. С сентября 2016 года настроение резко снизилось, перестала работать, с трудом и нежеланием продолжала учиться, с раздражением относилась к проявлениям заботы от окружающих. В связи с состоянием по рекомендации родителей обратилась в НПЦПН им. З.П. Соловьева, где была проконсультирована, но от предложенной госпитализации, посоветовавшись с родителями, отказалась. После этого обратились в частную клинику, где врачом-психиатром были назначены кветиапин и флувоксамин. На фоне приема препаратов состояние стало улучшаться, но сохранялись эпизодические приступы тревоги, раздражительности, а также боязнь мест скопления людей. В ноябре 2016 года стала жаловаться, что при включенном свете видела множество пауков на стенах, замечала мелькания за своей спиной боковым зрением, отмечала изменение видимых объектов – здания казались вытянутыми, громоздкими, слышала прерывающуюся классическую музыку внутри головы. С этими жалобами обратилась к психиатру, схема терапии была изменена, вместо прежних препаратов был назначен палипиридон 6 мг в сутки, на фоне приема возникла мышечная скованность, дрожь рук и ног, появилась смазанность речи, также однократно потеряла сознание на короткое время. После обморока по рекомендации врача была проведена процедура ЭЭГ, по результатам которой в декабре 2016 года был выставлен диагноз: «Эпилепсия», и изменена схема лечения. На фоне приема ламотриджина отмечались трудности засыпания, появилась плаксивость. После этого принимала карбамазепин, однако тошнота, носившая до того эпизодический характер,

стала постоянной. Продолжала обследоваться у психиатра и проходить периодические процедуры ЭЭГ. Вместе с частой сменой терапии вновь снизилось настроение, ощущение тревоги стало постоянным. В марте 2017 года консультирующий врач по результатам ЭЭГ снял диагноз эпилепсии и направил больную в ПНД. В дневном стационаре были назначены пароксетин, феназепам и тофизопам. С мая по июнь 2017 года на фоне приема пароксетина состояние изменилось: ощущала подъем настроения, прилив энергии, легкость, сократился период сна, стала проводить много времени с друзьями, каждый день стремилась посещать новые увеселительные мероприятия, употребляла алкоголь, не отмечала прежних симптомов. За два дня написала выпускной диплом и успешно его защитила, окончила университет. В тот период влюбилась в молодого человека, который отличался вспыльчивым характером. В начале июля отмечала изменение настроения, помимо повышенной энергичности стали проявляться вспышки немотивированной раздражительности и агрессии к окружающим. После ссоры с молодым человеком, во время которой он ее ударил, приняла решение покончить жить самоубийством. Написав прощальное письмо родственникам и друзьям, надела красивое платье, позвонила молодому человеку, рассказала, что собирается сделать и выпила большое количество таблеток кветиапина, тофизопама, феназепама, палипиридона. По инициативе молодого человека была вызвана СПБ, и больная была госпитализирована в ПКБ №1, где находилась на лечении с 3 по 14 июля 2017 года. Выписалась из больницы с диагнозом «Биполярное аффективное расстройство» и была поставлена на диспансерный учет в ПНД по месту жительства. Принимала оланзапин, вальпроевую кислоту, тофизопам. Состояние на фоне приема поддерживающей терапии было стабильным, эпизодов «панических атак» более не отмечала. В конце июля возлюбленный стал инициатором разрыва отношений, после чего вновь предприняла суицидальную попытку – путем повешения за шею на галстук, однако галстук развязался. Затем выпила около 50 таблеток вальпроевой кислоты, но испугавшись, что не сможет умереть, а лишь повредит внутренние органы токсическим отравлением, позвонила отцу и попросила о помощи. По инициативе отца СМП не вызывали, в течение нескольких дней пила обильное количество воды, спала. После этого постепенно еще более снизилось настроение, усилилась раздражительность, недовольство собой, агрессивность к окружающим с требованием «оставить в покое» и одновременными просьбами о заботе и понимании, также, испытывала чувство тоски о потерянных романтических отношениях, винила себя в том, что стала бременем для родителей. Ни от чего не получала удовольствие, не испытывала желания делать что-либо, с трудом засыпала, отсутствовал аппетит, вновь стали проявляться суицидальные мысли, в связи с которыми ощущала тревожное напряжение, которое снимала путем нанесения

себе поверхностных самопорезов лезвием. Вместе с родителями уезжала отдыхать на Черное море в сентябре 2017 года, где состояние не улучшалось. По возвращении с отдыха, несмотря на принимаемый оланзапин, отмечала нарастание тревоги до эпизодического страха смерти от непонятной причины, в моменты которой становилась возбуждена, металась по комнате, не реагировала на обращенную речь. В связи с чем по инициативе родителей обратилась в НЦПЗ и была госпитализирована в начале октября 2017 года.

Психический статус:

В кабинет входит уверенной походкой. Движения быстрые, резкие. Выглядит соответственно своему возрасту. Одет опрятно, в спортивную кофту с глубоким декольте, спортивные облегающие штаны, кроссовки розового цвета. Аккуратный, яркий макияж, маникюр, педикюр. Носит броские украшения, большие декоративные очки в разноцветной оправе. Нормостенического телосложения. Волосы окрашены в темный цвет, пышно распущены. Беседует с врачом охотно. Во время беседы сидит спокойно, редко меняет позу. Манерна, демонстративна, театрально жестикулирует, часто поправляет волосы. Выражение лица меняется в зависимости от темы разговора, от печального до улыбчивого. Мимика живая. Голос громкий, речь интонационно насыщена, многословна, напориста. Отвечает на вопросы по существу, правильно, последовательно. Речь по типу монолога, многословно описывает свои жалобы, прерывает врача, просит дать ей время описать свое состояние. В своих выражениях буквальна. В поведении примитивна, пуэрильна, демонстративна, пытается произвести благоприятное впечатление. Склонна к драматизации жалоб. Речь изобилует медицинскими терминами.

Предъявляет жалобы на сниженное настроение с тревогой, заторможенностью, вялостью, разбитостью, эпизодами раздражительности по несколько раз в день. Жалуется на психическую слабость в течение всего дня, отсутствие мотивации к какой-либо деятельности. Жалуется на постоянную головную боль в височной области с двух сторон, «будто что-то воткнули». Сообщает, что пропала чувствительность в области кистей рук и предплечий, в течение дня замечает приливы холода и жара, преимущественно при упоминании в разговоре деталей своих романтических увлечений. Жалуется на слабость в ногах, отмечает, что «походка стала шаткой», «ноги плохо слушаются», считает, что у нее «может быть Паркинсон, как у бабушки». После того, как начинает подозревать у себя наличие болезни Паркинсона, слабость в конечностях начинает распространяться на одну половину тела, отмечает мышечное напряжение до сильного спазма и сопутствующую ноющую боль. Отмечает сильную тревогу за будущее, связанную также с беспокойством о собственном здоровье, доходящую до уровня «панических атак», когда начинает

задышаться, ощущает «ком в горле», испытывает страх смерти от неопределенной причины, учащается сердцебиение, подкашиваются ноги, кружится голова. В моменты усиления тревожности не может усидеть на месте, мечется по квартире, не реагирует на окружающих, падает в обморок. После того, как приходит в себя, о произошедшем не помнит, узнает об этом от близких. Считает, что врачи «должны провести весь спектр обследований», чтобы понять, чем она больна. Также, говорит о том, что испытывает вину перед родителями за свое состояние, считает себя «никчемной», «никому не нужной». В момент резкого усиления раздражительности и презрения к себе, периодически наносит самопорезы на руках, после чего испытывает облегчение. Сообщает о снижении концентрации внимания и памяти на текущие события. Сон нарушен по типу трудностей засыпания и многократных пробуждений в течение ночи. Аппетит достаточный. Отмечает, что с утра чувствует себя хуже, к вечеру же состояние несколько улучшается: уменьшается тревога, апатия. Критика к состоянию формальная. Настроена на лечение. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает.

Соматический статус:

Кожные покровы теплые, сухие, чистые. Умеренного питания. ИМТ=24. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается; АД на момент осмотра 132/86 мм. рт. ст.; ЧСС=ps=67 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=18 в мин., хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус:

Лицо симметрично. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет. Данных за острую неврологическую патологию нет.

За время лечения в стационаре состояние больной с положительной динамикой, стабилизировалась аффективная симптоматика, редуцировалась тревожно-ипохондрическая, конверсионная и диссоциативная симптоматика. В условиях стационара у больной отмечалась склонность к манипулятивному поведению с требованием к себе повышенного внимания врачей. Когда больная не получала желаемого, у нее отмечались проявления истерических припадков с сужением сознания и атипичными паническими атаками, а также хаотические двигательные бури. Подобные

состояния купировались психотерапевтической беседой, а также назначением 1-2 капель раствора перициазина.

Анализ наблюдения.

На момент поступления в ФГБНУ НЦПЗ состояние определялось как полиморфное депрессивное с преобладанием тревожного и ипохондрического компонентов, астено-апатическими включениями, раздражительностью, идеями самообвинения, малоценности, правильным суточным ритмом, нарушениями сна по типу трудностей засыпания, снижением аппетита. Истерическая симптоматика была представлена диссоциативными формами реакций – истерические припадки с сужением сознания и хаотической двигательной активностью, сопровождавшиеся атипичными истерическими паническими атаками, проявлявшимися беспредметной тревогой, вегетативными нарушениями (повышение АД до 170, тахикардией, тахипноэ, потливостью). Длительность панической атаки составляла до получаса. Ее возникновение преимущественно было связано с упоминанием содержания предшествующих психогений. Также выявлялись конверсионные нарушения (повышение мышечного тонуса вплоть до полного спазма одной половины тела, с сопутствовавшей ассоциированной истералгией, тремором конечностей, истерическим «комом в горле», астазией-абазией, гипоестезиями, изолированными истералгиями). Стоит отметить, что возникновение истерической конверсионной и диссоциативной симптоматики выявлялось, начиная с инверсии аффекта в сторону депрессивного.

Больна более трех лет. Течение заболевания характеризуется монополярностью с формированием гипотимий и кратковременных медикаментозных ремиссий, которые больная завершала самостоятельно, прекращая прием психофармакотерапии. Начало заболевания связано с переживанием психотравмирующей ситуации и постепенной актуализацией конверсионной и соматизированной симптоматики: истерические алгии, истерическая рвота, истерический абдоминальный дискомфорт. В дальнейшем, на фоне повторных психотравмирующих событий развивалось эндогенное тревожно-тоскливое депрессивное состояние с преобладанием истерической дисфории и сверхценных ипохондрических идей. Стоит отметить, что диссоциативная симптоматика носила поверхностный, но яркий характер, не доходя до уровня глубокого нарушения сознания, направленный преимущественно на привлечение внимания окружающих к своему состоянию. На фоне лекарственной интервенции отмечалась однократная инверсия аффекта в сторону гипоманиакального с полной редукцией предшествующей депрессивной и конверсионной симптоматики. Длительность гипертимии составила

месяц до очередного психотравмирующего события и последующего повторного развития полиморфной депрессии. Также, в анамнезе у больной отмечалась соматизированная истерическая симптоматика в ответ на стрессовое воздействие, с длительным временем персистирования вплоть до разрешения психотравмирующей проблемы. Эта симптоматика была представлена усилением перистальтики кишечника и учащением, изменением консистенции стула, эпизодической рвотой, не приносящей облегчения, в том числе отмечались диффузные абдоминальные спастические истералгии.

В анамнезе на высоте дисфорического аффекта больная дважды предпринимала демонстративные парасуицидальные попытки путём повешения и отравления, а также демонстративные истерические аутоагрессивные действия в виде нанесения поверхностных самопорезов.

Пациентке были присущи следующие патохарактерологические особенности: инфантильность, склонность к самодраматизации, театральность, преувеличенное выражение эмоций, внушаемость, подверженность влиянию окружающих или обстоятельств, постоянное стремление к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, чрезмерная озабоченность физической привлекательностью, а также склонность к использованию манипуляций для удовлетворения своих потребностей. В связи с чем, личность больной можно расценивать в рамках акцентуации истерического круга.

Ds: Рекуррентное депрессивное расстройство, повторный депрессивный эпизод умеренной тяжести с соматическими симптомами. Текущий тревожно-ипохондрический депрессивный эпизод у акцентуированной личности истерического круга с диссоциативно-конверсионной симптоматикой (F33.11).

3.2.2 Истерические расстройства, сопряженные с психотической симптоматикой.

Данный вариант отмечался у 29 пациентов, что составило 41,43% от всех обследованных. Средний возраст пациентов в данной группе составил $28 \pm 8,6$ года. В данной группе соотношение мужчин и женщин было представлено 2:3. Продолжительность психотических приступов в среднем составила $4,0 \pm 2,4$ месяца.

При детальном рассмотрении систематики истерических расстройств в данной группе, отмечалось сочетание конверсионных и диссоциативных расстройств – 51,7%, только диссоциативная симптоматика выявлялась у

37,9% пациентов, а только конверсионные явления отмечались у 6,9% больных.

Подгруппа пациентов с выявленным сочетанием диссоциативной и конверсионной симптоматики (51,72%) была представлена следующими расстройствами. В преобладающем числе обследованных случаев отмечались истерические припадки с сужением сознания, проявлением «истерической дуги». Эти состояния всегда возникали как протестная или демонстративная реакция. Также, отмечались малые истерические припадки в виде кратковременных судорог, припадков смеха, плача, задержки дыхания или обмороков. Выявлялись нарушения по типу истерической деперсонализации, возникающие на фоне сужения сознания.

Встречавшаяся в данной подгруппе истерическая псевдодеменция была представлена симптомом «мимоговорения», выполнением действий, вопреки указаниям, инфантильным или шутовским поведением, а также частичной или полной амнезией эпизодов, чаще всего, связанных с психогенией. Больные в эти моменты выглядели рассеянными, потерянными и беспомощными. Пациентами амнезировались неприятные переживания, действия, ущемляющие чувство собственного достоинства, а также ситуации и события, окрашенные отрицательными эмоциями.

Истерические автоматизмы отмечались в меньшем числе случаев (2,86%), представляли собой импульсивные реакции бегства или воплощение желаний (например, стремление к приключениям, осуществление фантазий). Длительность истерических автоматизмов была кратковременной, от 5 до 30 минут.

Подгруппа пациентов, представленная исключительно конверсионной симптоматикой (6,9%), отличалась многообразием постепенно расширяющихся расстройств (тремор, спазмы, «ком в горле», астазия-абазия, истералгии и др.), а также спонтанным развитием эпизодов двигательного возбуждения с хаотическим бегством, проявляя стойкость в рамках течения эндогенного заболевания.

В подгруппе пациентов, представленной только диссоциативной симптоматикой (37,93%), выявлялись такие расстройства, как истерические пароксизмы (обмороки, приступы несистемных головокружений, истерические припадки с сужением сознания), психогенно спровоцированные приступы по типу панических атак, преходящая истерическая псевдодеменция. Отличительной особенностью этих состояний была гротескность клинических проявлений, их архаичность, что контрастировало с социальными характеристиками обследованных (низкий уровень образования, слабая социальная адаптация).

Диссоциативная симптоматика в повторных психотических приступах была представлена вычурными, стереотипными формами истерических расстройств: предобморочными состояниями, в каждом случае провоцируемыми травмирующими внешними обстоятельствами. Также, отмечались парестезии, персистирующие длительное время, и истерическая псевдодеменция, отмечавшаяся в ближайший период после стрессового воздействия. Псевдодеменция характеризовалась кратковременной длительностью, возникновением в те моменты, когда это было выгодно пациенту, и полным последующим восстановлением.

Истерические расстройства носили характер ведущей симптоматики на этапе становления психотического эпизода, постепенно встраиваясь в его структуру, с последующей полной редукцией [Попов С. М., 2022].

Истерические расстройства, сопряженные с психотическими состояниями, демонстрировали черты вычурности и гротескности, обнаруживали стойкость и однообразие проявлений, имели в динамике тенденцию к стереотипизации с одновременным усилением проявлений ведущих симптомов. Для этих случаев был характерен диссонанс между массивностью клинических проявлений и относительно небольшой патогенностью предшествующей психогении. Истерические расстройства характеризовались возникновением по механизму «ухода от действительности», «вытеснения» неблагоприятной ситуации. Они

возникали при действии таких психотравмирующих провокаций, как прилюдное оскорбление, семейный конфликт, профессиональные трудности и т.д., проявлялись фрагментарной, стертой клинической симптоматикой, отличались быстрой регрессиентной динамикой [Попов С. М., 2022].

Развитие истерической симптоматики происходило на начальном периоде психотического приступа. Степень выраженности истерических явлений усиливалась прямо пропорционально формированию психотических расстройств. На пике формирования психотического приступа и в дальнейшем периоде становления ремиссии истерическая симптоматика полностью редуцировалась [Попов С. М., 2022].

Данная типологическая группа имела ряд значимых особенностей. Истерическая симптоматика возникала сопряженно с развитием психотических явлений на фоне воздействия психогении или экзогении. Предрасполагающим фактором к возникновению истерической симптоматики в структуре психоза, являлась психологическая травма в инициальном периоде (см. рис. 2).

Рисунок 2 - Динамика формирования истерической симптоматики, формирующейся в рамках психотического состояния



Клиническая картина психотического состояния в данной типологической группе определялась бредовыми (48,28%), галлюцинаторно-бредовыми (27,59%) расстройствами и параноидным синдромом (6,7%). Психотическая симптоматика развивалась подостро. Бредовые идеи формировались на фоне астено-депрессивного состояния и обнаруживали преимущественно ипохондрическую и персекуторную фабулу, реже отмечался бред воздействия, ревности, отношения и религиозный [Попов С. М., 2022]. Бредовые расстройства характеризовались скудностью содержания фабулы, монотонностью, сочетались с депрессивным аффектом, преимущественно тревожного или тоскливого регистра. Клиническая картина бредовых идей сопровождалась яркими, образными представлениями и оптическими галлюцинациями, отражавшими психотравмирующую ситуацию. Галлюцинаторная симптоматика была представлена вербальным псевдогаллюцинозом комментирующего, оскорбляющего характера, отражающим содержание психотравмирующей ситуации. У пациентов отмечались явления психического автоматизма, в этих случаях предшествующая конверсионная симптоматика приобретала характер отчуждения, «сделанности» в ходе развития психотического эпизода [Попов С. М., 2022].

Клиническая картина паранойяльного синдрома была также связана с психотравмирующим воздействием: конфликты с окружающими, семейный разрыв, профессиональные проблемы. На фоне подобных ситуаций формировались бредовые идеи сутяжничества, кверулянтства, ревности, приобретавшие значительную эмоциональную окрашенность и тесную связь с патогенным воздействием. Паранойяльная симптоматика развивалась в обрамлении ярких истерических проявлений: экспрессивные эмоциональные реакции, театральность и демонстративность, сопровождающиеся конверсионной симптоматикой вегетативного характера. В том числе отмечались реакции гнева и ярости, которые были направлены на объект психотравмирующей провокации.

Аффективная симптоматика в структуре психотического приступа, характеризовалась полиморфизмом и дисгармоничностью проявлений. Депрессивная триада носила черты атипичности, соотношение тимического и идеаторного компонентов было неравнозначным, превалировал идеаторный компонент, моторная составляющая была представлена в меньшей мере. Аффективная симптоматика была представлена преимущественно тревожно-тоскливым радикалом (65,5%), ассоциированным с ведущей психотической симптоматикой, и другими тимическими радикалами (34,5%) (апатический, астенический, дисфорический и др) [Попов С. М., 2022]. Депрессивные расстройства характеризовались выразительностью и насыщенностью проявлений аффекта тоски и тревоги, стремлением привлечь внимание окружающих: рыдания и стенания, заламывание рук, жалобы на «невыносимые и безутешные душевные муки», бессмысленность существования, потерю «радостей жизни». Апатическая симптоматика была представлена нежеланием делать что-либо, потерей смысла в выполнении каких-либо социальных обязанностей, пессимистическими рассуждениями о своей жизни, о грядущем [Попов С. М., 2022]. По мере нарастания апато-динамических проявлений экспрессивность и внешняя форма переживаний заменялась состоянием «обездвиженности», «покорности судьбе» с развитием истерической ступорозной симптоматики. На фоне аффективных расстройств нередко формировались суицидальные высказывания и попытки, носившие демонстративный характер, не доходившие до уровня парасуицида. Отмечались отдельные проявления псевдодементной симптоматики на фоне сверхценной охваченностью психотравмирующей ситуацией. Сенситивные сверхценные идеи отношения, чаще всего, имели форму обвинения близких в собственных неудачах, в недостатке внимания и поддержки с их стороны. Дисгармоничность депрессивного аффекта также проявлялась в своеобразии идей собственной малой значимости, сочетавшихся с завышенной самооценкой, идеями недооцененности, своей исключительности. У пациентов отмечались эпизоды атипичных

истерических панических атак, соматических и вегетативных жалоб. Нарушения сна отмечались по типу многократных пробуждений, трудностей засыпания, ассоциировано с психотическим состоянием, которое предопределяло поведение больного. Отмечалось снижение аппетита, вплоть до отказа от еды и питья на несколько дней, данная симптоматика носила как бредовой, так и демонстративно-шантажный характер [Попов С. М., 2022].

С целью объективизации клинической динамики все пациенты данной группы были дважды (в момент поступления в стационар и при выписке) обследованы по шкале позитивных и негативных синдромов PANSS, которая составила $79 \pm 10,3$ баллов при поступлении и $45 \pm 2,9$ баллов при выписке.

Истерические расстройства в данной типологической группе были сопряжены с развитием психотической симптоматики, проявляя быстрое развитие и течение с максимальной выраженностью в субпсихотическом периоде заболевания. На этапе манифестации психотического приступа истерические расстройства имели яркий, клинически разнообразный характер, были представлены комбинацией диссоциативных и конверсионных симптомов, но не были структурированы, носили преходящий характер в соответствии с формированием ведущего психотического синдрома [Попов С. М., 2022].

При повторных психотических приступах нарастала клишированность истерической симптоматики, ослабевала ее связь с психотравмирующими воздействиями. Конверсионные расстройства, разнообразные в первом приступе, сокращались в количестве до одного-двух устойчивых в проявлениях симптомов; диссоциативные расстройства приобретали вычурность и пароксизмальность. Сопряженная симптоматика приступа также претерпевала изменения, отмечалось уменьшение выраженности аффективных расстройств, галлюцинаторные явления становились монотонными, бредовые расстройства утрачивали яркость, аффективную насыщенность, субъективную значимость [Попов С. М., 2022].

Дальнейшее развитие соответствовало патопластическому слиянию истерии и симптоматики психотического регистра. Так, конверсионная симптоматика (множественные вычурные истералгии, парестезии, явления астазии-абазии), отмечавшаяся на инициальном и начальных этапах шизофренического процесса, служила фундаментом дальнейшего образования сенесталгических и сенестопатических проявлений. Эти проявления приобретали бредовую окрашенность в рамках основного сопряженного психотического синдрома, с последующим формированием стойких бредовых идей и психических автоматизмов [Попов С. М., 2022].

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 проявлялись в виде приступов, имевших феноменологическое сходство с кататоническими проявлениями [Попов С. М., 2022].

Конверсионные судорожные припадки в сочетании с истерическими парезами голосовых связок и парестезиями, при возникновении у пациентов, склонных к мистическому мышлению и впечатлительности, проживающих в религиозной среде, на фоне депрессивного аффекта приводили к формированию религиозного бреда. Таким образом, на почве убежденности в мистической природе испытываемых ощущений развивался параноидный синдром одержимости «дьяволом» с псевдосудорожными припадками, кратковременным помрачением сознания и выкручиванием конечностей. 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 тревожно-фобического депрессивного состояния [Попов С. М., 2022].

Истерический синдром бредоподобных фантазий среди всех обследованных в данной группе встречался в трех случаях (10,3%). У пациентов отмечались нестойкие мегаломанические и персекуторные бредовые идеи, а также, идеи особой значимости, величия, колдовства, порчи и т. д. Они обнаруживали связь с недавними событиями, беседами, могли приобретать вид симптоматики, «подсмотренной» у других пациентов. У 12,85% обследованных отмечались стертые явления истерических галлюцинаций, представленных обонятельными, тактильными и вкусовыми галлюцинациями.

У пациентов данной группы в качестве ведущих в преморбидном складе личности акцентуированных черт, чаще встречались шизоидный (41,37%), истеро-шизоидный (31,03%), истеро-гипертимный (10,34%) и другие радикалы (эпилептоидный, паранойяльный, психастенический) (17,26%), у которых отмечались истерические черты слабой интенсивности в виде стремления больного к театральности, самодраматизации, преувеличенном выражении своих эмоций, поверхностностью и лабильностью эмоциональности, чрезмерной озабоченностью физической привлекательностью.

Истерическая симптоматика при дальнейшем развитии основного эндогенного заболевания амальгамировалась с постпроцессуальными личностными изменениями и формировалась весьма устойчивая личностная патология с переходом в «краевую», «нажитую» истерическую психопатию [Попов С. М., 2022].

Клиническое наблюдение №2.

Пац-т П-ва, 1996 г.р., впервые госпитализирована в ФГБНУ НЦПЗ в октябре 2017 года.

Наследственность психопатологически отягощена по отцовской линии.

По материнской линии:

Бабка: 66 лет. Имеет высшее техническое образование. В течение жизни работала инженером. В данный момент на пенсии. По характеру упрямая, обидчивая, ворчливая, трудолюбивая, целеустремленная.

Дед: имел среднее специальное образование. В течение жизни был разнорабочим. По характеру был общительным, оптимистичным, трудолюбивым, заботливым. умер в возрасте 58 лет от соматической патологии.

Мать: 40 лет, имеет высшее медицинское образование, работает фармацевтом. По характеру покладистая, терпеливая, доверчивая, вспыльчивая, успокаивается быстро.

По отцовской линии информации о родственниках нет, в связи с тем, что родители больной развелись сразу после ее рождения, в последующем взрослении отец участия не принимал. Развод был инициирован матерью больной, спровоцированный длительными периодами алкоголизации мужа с запоями по несколько недель. В последующем, матерью было установлено, что отец больной неоднократно лечился в психиатрических стационарах с диагнозом «Шизофрения».

Сестра: 18 лет. Разнойцевый близнец. В данный момент работает и готовится к поступлению в университет. По характеру раздражительная, вспыльчивая, но быстро успокаивается, грубая, жесткая, общительная, любит быть в центре внимания.

Родилась от первой беременности матери, протекавшей без осложнений. Роды кесаревым сечением на несколько недель раньше срока. В связи с чем, в течение первых месяцев жизни наблюдалась у невролога. Дальнейшее психофизиологическое развитие соответственно возрастным нормам. В детстве по характеру была спокойной, послушной, тихой. В ДДУ была отдана вместе с сестрой в возрасте 3 лет, адаптировалась нормально. О расставаниях с матерью не переживала. Общалась с другими детьми, в основном, через посредничество сестры, близких друзей не было. Не испытывала необходимости во взаимодействии с другими детьми, могла долгое время играть в одиночестве. Предпочитала спокойные игры, но от приглашения других детей к активной игре не отказывалась. Играла с мягкими игрушками в операции, по примеру учащейся в медицинском университете матери. В моменты зависти к сестре могла вымещать злость на игрушках, подвергая их «пыткам». В центре внимания находиться не любила, при знакомствах первой на контакт не шла. Любила мечтать и фантазировать, могла с легкостью представить воображаемый мир до мельчайшей детали, создавала себе воображаемых друзей. Одним из них был «отец», представляла его как голограмму, выглядел как пират из мультфильма «Остров сокровищ». В детстве отмечался нервный тик – часто моргала. До 10-12 лет испытывала страх темноты, мерещились темные силуэты в углах комнаты, за окном, но так как спала в одной комнате с сестрой, оставлять свет включенным не просила. Сногворения, снохождения, ночного энуреза не отмечалось. В 7 лет была отдана в школу, в один класс с сестрой, адаптировалась нормально. По-прежнему, не испытывала необходимости заводить близких друзей. Из

предметов предпочитала биологию. Училась в основном на «4-5». В свободное от школы время посещала танцевальный кружок, а также художественную школу по своему желанию.

В 9 лет перенесла смерть деда, который заменял в семье отца. В течение полугода переживала его смерть, отмечала тоску, была плаксивой, испытывала вину за его смерть, считала, что обращалась с ним недостаточно хорошо. Состояние нормализовалось самостоятельно.

С 11 лет увлекалась лошадьми, рисовала их, смотрела посвященные им телепередачи, ходила на конюшню, где кормила, помогала ухаживать. Впоследствии увлеклась анимэ, смотрела мультфильмы, рисовала комиксы, посещала соответствующие сайты и форумы.

Менархе с 11 лет, установились сразу, безболезненные, перепадами настроения не сопровождалась. С этого возраста без внешних провокаций стала отмечать нарастающее недовольство своей внешностью, не нравились проявляющиеся по мере взросления вторичные половые признаки: округлившиеся бедра, грудь. В связи с чем, с 12 лет стала носить утягивающие грудь бинты, перематывала себя скотчем, перестала надевать платья и юбки. В 13 лет впервые по примеру сверстниц, которые подтрунивали над пациенткой из-за отсутствия возлюбленного, попробовала вступить в платонические взаимоотношения с мальчиком. Данный опыт не нравился, общалась через силу, по причине чего, в этом же возрасте стала сначала дружить, а потом встречаться с подругой, с которой познакомилась в художественной школе, привлекая женственным поведением, красотой, открытостью. Хотела подражать ей, научиться «внутренней свободе», принимать себя. Тогда же осознала, что хочет быть мужчиной, стала называть себя мужским именем и говорить о себе в мужском роде. Осенью 2013 года (14 лет) призналась в этом матери, негативная реакция которой ухудшила состояние больной. Стала испытывать внутреннее напряжение, которое пыталась снимать нанесением самопорезов в области предплечий. Снижалось настроение, нарастала беспричинная тревога. Стала видеть «души» людей, видела их как «ауры» вокруг тела, отличала их по цвету – «грязные – плохие, яркие – хорошие». По ночам в моменты засыпания, считала, что «выходит из тела», объясняя это тем, что «высшие силы» возложили на нее обязанность транспортировки «мертвых душ» из реального мира в «потусторонний». Вставая по утрам, не чувствовала себя бодрой, в связи с тем, что в течение всей ночи «работала на высшие силы». Опасалась, что в один момент будет вынуждена забрать души своих родственников. В связи с этим, тревожность и внутренняя напряженность продолжали нарастать. В дневное время помимо видимых «аур» стала слышать в голове

неразборчивые громкие «крики людей», которые принадлежали «мертвым душам». Слышала эти голоса эпизодически, вместе с ними нарастала тревога и «хотелось бежать без остановки», иногда во время таких состояний могла быстро двигаться без определенного пути в течение часа, падая в конце от бессилия. Эти эпизоды стала называть «приступами». Несмотря на свое состояние продолжала учиться, общаться с возлюбленной, ходить на занятия в художественную школу, однако успеваемость значительно снизилась. В начале декабря 2013 года решила, что больше не справляется и не может продолжать «работу для высших сил», предприняла суицидальную попытку в квартире у девушки, которая в это время ушла на учебу. Сперва написав предсмертное письмо на несколько листов, сделала себе прощальный обед, набрала горячую ванну, где пыталась тупым лезвием порезать вены на предплечьях, но наносила лишь поверхностные царапины. Но вовремя пришедшая домой девушка оказала помощь и сообщила ее матери. СМП не вызывали и по инициативе матери записалась на прием к психиатру, который направил ее в добровольном порядке на госпитализацию в ПКБ №1 им. Алексеева. Проходила лечение в стационаре в течение 3 месяцев с положительной динамикой, но полностью здоровой после выписки себя не чувствовала. Сохранялась эпизодическая беспредметная тревога, ощущение внутреннего напряжения, продолжала наносить самопорезы до 16 лет. Следующее и все дальнейшие ухудшения состояния разворачивались в осенне-зимний период и носили стереотипную структуру: возникали эпизоды «панической тревоги», ассоциированное хаотическое бегство, проявлялись описываемые ею «приступы» с громкими неразборчивыми голосами внутри головы, а также стала видеть «Мишу», «человекоподобное существо», возникавшее рядом с ней, эмоций его появление не вызывало, одновременно со всем предыдущим нарастало нежелание жить, боялась сойти с ума, продолжала называть себя в «мужском роде», просила обращаться к ней по имени «Никита». С ухудшением состояния наблюдалась у психиатра, принимала поддерживающую терапию, четыре раза госпитализировалась в ПБ, из стационара выписывалась с улучшением состояния, но сохраняющимися остаточными явлениями в виде сниженного настроения, тревоги, внутреннего напряжения и нежелания общаться с окружающими. Круг общения складывался из родственников, редких друзей и возлюбленной. В летние месяцы состояние улучшалось, настроение приближалось к нормальному, успешно сдавала экзамены, общалась с немногочисленными друзьями и девушками, с которыми состояла в платонических и сексуальных отношениях. С девушками расставалась в основном на фоне ухудшения состояния, когда понимала, что они отдаляются от нее, не могут ей помочь.

Летом 2016 года успешно окончила школу, в аттестате преимущественно были «четверки», и поступила в архитектурный колледж по своему желанию. Адаптировалась легко, нравилось заниматься делом, к которому давно стремилась, однако с коллективом дружеские отношения не сложились.

В январе 2017 года на фоне очередного ухудшения состояния решила попробовать «принять себя как женщину», стала носить платья, вступила в отношения с другом, который длительное время поддерживал ее. Подобный эксперимент не нравился, чувствовала внутреннее напряжение, но считала, что «должна попробовать ради близких». После посещения праздничного мероприятия с другом, на котором была вынуждена остаться в одиночестве «среди незнакомых людей», которые, по ее мнению, смеялись над ее внешностью и одеждой, испытала страх унижения и убежала. После этого стала отмечать нарастающие боли разлитого тянущего характера в области груди и половых органов, ощущала слабость в руках и ногах вплоть до полного бессилия, приливы жара и потливости, головокружения. Выходя на улицу, считала, что окружающие люди смотрят на нее, «оценивают внешность и одежду», «не считают девушкой», в последующем стала отмечать для себя, что неприятные ощущения и боли в теле спровоцированы «воздействием высших сил», которые «считали, что она идет против своей природы», что ей нужно «принять себя как мужчину». После того, как вновь стала называть себя мужским именем и носить мужскую одежду, отметила, что неприятные ощущения прекратились. Но ощущение, что ее «оценивают» окружающие, не ушло, нарастала уверенность, что люди «следят за каждым ее шагом, словом и действием». В связи с чем, была вынуждена вновь госпитализироваться в ПБ весной 2017 года, лечение значимого эффекта не дало, оставались остаточные идеи, что «люди могут следить», что связывала с «политическим отношением к транссексуалам в стране». Летом эпизодически стала «терять связь с реальностью», когда вокруг видела все «будто как в тумане», «будто звуки становились приглушенными», не могла понять, где она находится, ощущала нарастающий общий страх, считала, что «отправляется в забытие», в эти моменты убегала из дома и бежала около получаса «без оглядки», после чего «падала без сознания» в людном месте. После пробуждения не понимала, где находится и как туда попала, забывала все произошедшее с момента покидания квартиры. Вновь начала считать, что происходящее с ней связано с «наказанием высших сил за неподчинение», стала слышать «голоса» вне головы оскорбляющего характера. Состояние продолжало ухудшаться, описываемые телесные боли приобретали вычурный, яркий болезненный характер, опасаясь за свою жизнь обратилась в НЦПЗ и была госпитализирована в октябре 2017 года.

Психическое статус:

В кабинет входит расслабленной походкой. Движения угловатые, диспластичные. Выглядит моложе своего возраста. Одета опрятно, в бесформенную спортивную одежду. Носит аккуратную короткую мужскую причёску. На левой руке обширная татуировка, прикрывающая шрамы от самопорезов многолетней давности. На лице на протяжении беседы однообразная ухмылка. Во время беседы сидит несколько ссутулившись, в свободной позе, широко расставив ноги. Демонстративна, иногда театрально жестикулирует. Оглядывает собравшихся, оценивая произведённое впечатление. Голос средней громкости, низкого тембра, специально добавляла голосу хриплость, для придания сходства с мужским. О себе говорит в мужском роде, просит называть «Никитой». На вопросы отвечает по сути заданного, чаще кратко, демонстративно вздыхает, устало и неохотно перечисляет свои жалобы, оперирует психиатрическими терминами. Отвечает на вопросы по существу, правильно, последовательно, в красках описывая свои переживания. Интересуется назначаемым лечением, опасается проявлений побочных эффектов терапии.

Предъявляет жалобы на сниженное настроение с тревогой, нежеланием чем-либо заниматься, физической и моральной слабостью, повышенной утомляемостью. Сообщает об эпизодических ситуационно независимых приступах беспричинной тревоги, длящихся до получаса, сопровождающихся учащением сердцебиения, дыхания, ощущением нехватки воздуха, а также «комом» в горле, проходящих самостоятельно. Отмечает эпизодическое ощущение «нереальности» окружающего мира, которое сравнивает с «пеленой, будто очки мутные», это ощущение сопровождается нарастающей тревогой и последующим внутренним возбуждением, «которое побуждает бежать без остановки, пока не упаду». Такие состояния помнит по рассказам окружающих, потому что забывает произошедшее. Жалуется на постоянные боли в ногах, которые описывает как «ноющая бесконечная слабость, как будто мышцы отмирают и каменеют», а также ощущение, что не может контролировать конечности, с трудом передвигается, сообщает что это ощущение усиливается в присутствии других людей в комнате и не отмечается, когда больная находится в одиночестве. Предъявляет жалобы на онемение кожи рук, ощущение слабости в них. Фиксирована на своем состоянии, высказывает идеи, что боится «в итоге сойти с ума». Сообщает, что описанные переживания и ощущения связаны с «физическим наказанием высших сил за неподчинение», не понимает, «чего они хотят». Жалуется, что эпизодически, преимущественно по вечерам слышит «голоса» вне головы комментирующего и оскорбляющего характера, которые принадлежат «ангелам и демонам». Отмечает, что виной ее состоянию является эксперимент с изменением

внешности и принятием себя «как женщины», считает, что не должна была этого делать. Сообщает о снижении концентрации внимания и памяти на текущие события. В связи с этим, считает себя несостоятельной, малоценной. Сон нарушен по типу трудностей засыпания и ранних пробуждений. Аппетит достаточный. Критика к своему состоянию отсутствует. Настроена на лечение. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает.

За время лечения в стационаре у больной отмечалась положительная симптоматика с полной редукцией психотической, аффективной и истерической симптоматики. Отмечалась длительная устойчивость психотической симптоматики к проводимой психофармакотерапии и быстрая редукция конверсионных и диссоциативных расстройств, которые в условиях круглосуточного стационара отмечались в малой, стертой форме. Состояние больной стало стабилизироваться на фоне назначения кветиапина и галоперидола в больших дозировках, а также, когда в стационаре появлялись новые пациенты молодого возраста, с которыми больная быстро настроила дружеские отношения, в том числе романтическую связь с пациенткой женского пола.

Соматический статус:

Кожные покровы теплые, сухие, чистые. Шрамы на левом предплечье от самопорезов многолетней давности. Повышенного питания. ИМТ=26,5. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается; АД на момент осмотра 119/77 мм. рт. ст.; ЧСС=ps=96 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=18 в мин., хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус:

Лицо симметрично. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет. Данных за острую неврологическую патологию нет.

Анализ наблюдения

На момент госпитализации в ФГБНУ НЦПЗ состояние определялось как повторный депрессивно-параноидный приступ. Статус пациентки определялся наличием продуктивной психопатологической симптоматики, представленной бредом воздействия, псевдогаллюцинозом, сенесталгиями. Депрессивный аффект был представлен тревогой, апатией, астенией, идеями собственной несостоятельности и малоценности, инсомнией, когнитивными нарушениями в виде трудностей сосредоточения, концентрации внимания,

рассеянности. Большой удельный вес в состоянии имела истерическая симптоматика, представленная конверсионными расстройствами в виде истералгий, потери двигательного и чувствительного функционирования конечностей, астазии-абазии; расстройствами диссоциативной структуры, представленной состояниями хаотической моторной бури, припадками с потерей сознания, псевдодеменцией. А также, в состоянии присутствовали эпизоды атипичных истерических панических атак с нарастающей беспредметной тревогой, тахикардией, тахипное, ощущением жара, приливающего от груди к голове, длительностью до часа. Панические атаки сопровождались хаотическим бегством, истеро-деперсонализационными явлениями по типу «как будто».

Эти состояния можно расценить как сопряжение истерической и психотической симптоматики в рамках динамики заболевания. Истерические расстройства вначале проявляются на фоне инициального этапа развития приступа в виде формирования расстройства половой самоидентификации сверхценного уровня в рамках истерических расстройств (Попова Г.А., 2020). О сверхценном уровне данных расстройств можно судить по их нестойкости на протяжении жизни, так, отмечались периоды, когда пациентка возвращалась к конвенционально женскому стилю поведения и гетеросексуальным предпочтениям. Помимо этого, истерические расстройства проявлялись демонстративным, протестным, манипулятивным поведением, ранее не свойственным пациентке, и в дальнейшем, вплетается в развитие шизофренического процесса и преобразует его картину, так, суицидальная попытка, совершенная на высоте аффективно-бредового состояния, носит отчетливо демонстративный характер. Возникновение массивной и яркой диссоциативно-конверсионной симптоматики было спровоцировано психогенией, когда больная повторно пыталась вернуться к своему биологическому полу и испытала прилюдное унижение. В дальнейшем, истерическая симптоматика оказывала влияние на патопластический процесс, послужив основой для формирования депрессивно-параноидного синдрома и сенесталгических проявлений.

Начало заболевания в подростковом возрасте с развития расстройства половой самоидентификации, сопровождающегося аффективными колебаниями депрессивного круга, с последующим присоединением конверсионной симптоматики в рамках неприятия своего пола и дальнейшим развитием депрессивно-параноидной симптоматики и постепенной актуализацией диссоциативно-конверсионных расстройств, носящих реактивный характер, таких как конверсионные анестезии, парезы, астазия-абазия, истералгии, а также диссоциативная фуга, возникающая на фоне развития панических атак, представленная хаотическим бегством, истерическая псевдодеменция.

В динамике развития заболевания ухудшения состояния носят клишированный характер. Заболевание развивается приступообразно, преимущественно в зимние месяцы с формированием приступов депрессивно-параноидной структуры, чередующихся с эпизодами летней нормотимии с полной редукцией аффективной, психотической и истерической симптоматики, сопряженных с расстройством половой самоидентификации. Формирующиеся ремиссии в динамике заболевания являются кратковременными, носят медикаментозный характер. У пациентки отмечается психофармакорезистентность. Преморбидно пациентку можно расценить как акцентуированную истеро-шизоидную личность.

Ds: Параноидная шизофрения, эпизодический типом течения с нарастающим дефектом личности апато-абулического типа. Перенесенный депрессивно-параноидный приступ с диссоциативно-конверсионной симптоматикой. Расстройство половой самоидентификации.

3.2.3 Кастовая истерическая симптоматика.

Кастовая истерическая симптоматика подразумевала существование феноменологической сепарации, обособленности от психопатологической симптоматики других регистров.

Третья типологическая группа была представлена 15 пациентами - 21,43% от числа всех обследованных. Средний возраст пациентов этой группы составил $37 \pm 10,1$ лет, соотношение мужчин и женщин было представлено 3:2. Средняя продолжительность приступов составляла $2,1 \pm 0,8$ месяца. Длительность аффективных фаз в среднем составляла $2,7 \pm 1,2$ месяца.

Истерические расстройства были представлены конверсионным симптомокомплексом, составляющим соматоформное расстройство, а также преходящей конверсионной и диссоциативной симптоматикой под воздействием психогений. Истерические расстройства возникали как в структуре приступов и фаз, так и на стадии ремиссии в рамках аффективного заболевания или шизофрении, в дальнейшем присутствуя постоянно, без изменения психопатологической картины в зависимости от этапа основного заболевания [Попов С. М., 2022].

К отличительным особенностям истерических расстройств, входящих в соматоформный симптомокомплекс, в данной типологической группе стоит отнести стабильность их клинической картины и ее малую зависимость от психогений (в отличие от конверсионных нарушений, возникающих опосредованно с малой психогенией), полисиндромность, длительность протекания [Попов С. М., 2022].

Истерическим расстройствам в этой группе были свойственны изменчивость; неопределенная, мигрирующая локализация ощущений; драматизация; поведение, свидетельствующее о наличии соматического страдания. Были характерны полиморфные патологические телесные ощущения, представленные истералгиями, варьирующими по интенсивности от субъективно значимых, не приводящих к обращению за медицинской помощью, до выраженных, острых болевых феноменов. Вместе с этим наблюдались соматовегетативные проявления, копирующие острые соматические заболевания (симптоадреналовые, вагоинсулярные, смешанные кризы), и функциональные нарушения деятельности внутренних органов и систем (тахикардия, диспноэ, дискинезии желчных путей и др.) [Попов С. М., 2022].

Истерические конверсионные нарушения отличались многообразием постепенно расширяющихся расстройств (тремор, спазмы, «ком в горле», астазия-абазия, паретические расстройства, афония и др.), сочетающихся с вегетативными нарушениями. В клинической картине при конверсионных телесных фантазиях наряду с элементарными нестойкими болевыми ощущениями наблюдались и более сложные: ощущение обруча, охватывающего лоб в виде болевого пояса или вбитого гвоздя, ощущение надувающего объемного шара в животе, ощущение «кома в горле», воспринимаемого как объемное образование и прочие.

Пациенты данной группы стремились симулировать признаки эндогенных психических заболеваний, с целью привлечения к себе большего внимания специалистов. Присоединение более сложных механизмов

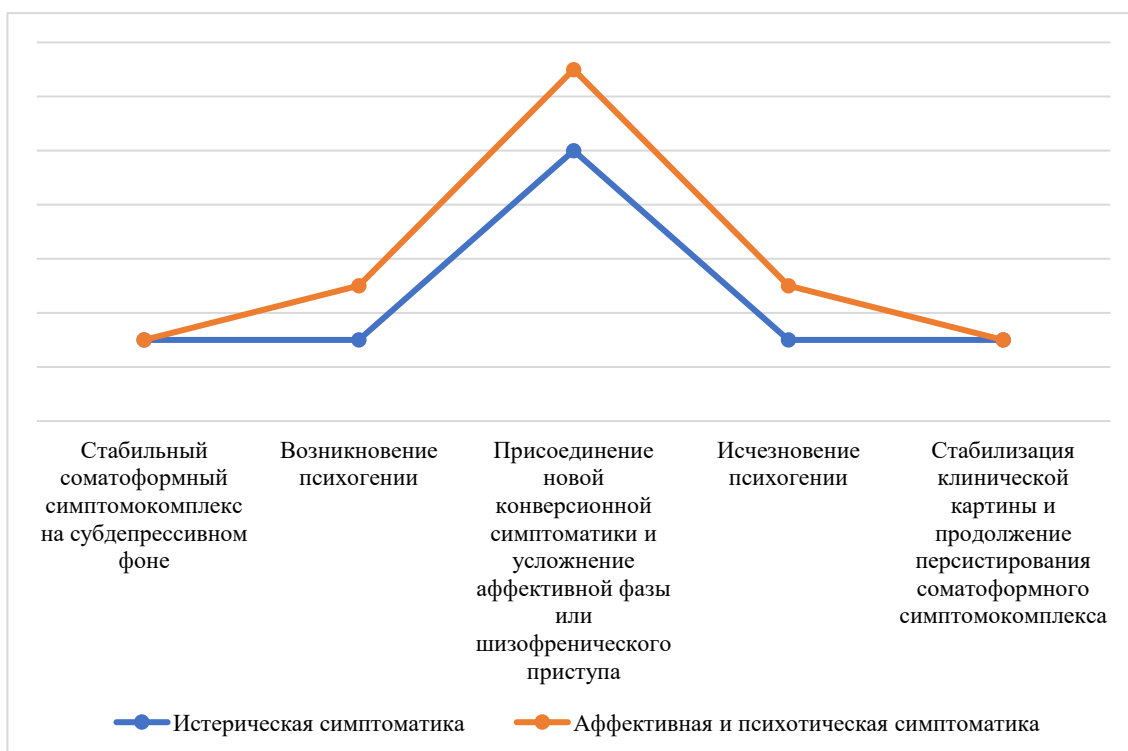
поведения включало подражание больным с шизофренией: стремление произвести впечатление эксцентричной натуры; изложение жалоб, отражающих явления психического автоматизма; неожиданные, парадоксальные суждения; нарочитая «охваченность» сложными психологическими проблемами; живой интерес к литературе и искусству модернистского направления. Особые трудности дифференциальной диагностики создавались при повторной госпитализации этих больных в другие стационары – обогащенные накопленным опытом, они демонстрировали психотическую картину, однако не выдерживали нахождения в заданной роли длительное время.

Истерические расстройства в данной группе имели в своей основе массивные экзогенно-органические, соматогенные или эндогенные вредности, которые существенно ослабляли «психическую защиту» и облегчали аномальное реагирование личности на незначительные ситуационные воздействия. В качестве психогений выступали: травматический сексуальный опыт, профессиональные конфликты, внутрисемейные и бытовые проблемы. Преобладающую роль имели хронические соматогении (кардиологические, желудочно-кишечные, респираторные и прочие хронические заболевания). При массивном воздействии соматогении отмечалась трансформация истерических расстройств в астеноипохондрические, обсессивно-фобические или паранойяльные состояния. Выявлялась определенная корреляция между характером соматогении и скоростью развития истерических расстройств, так, при желудочно-кишечных и дизурических нарушениях отмечалось медленное и постепенное их развитие, а при кардиологических заболеваниях – скоротечное, яркое нарастание (страх смерти, паника, чувство обреченности, беспомощности) [Попов С. М., 2022].

Формирование истерических и сопряженных эндогенных расстройств происходило постепенно, так, в ближайшее к психотравмирующему воздействию время отмечалось развитие аффективных колебаний,

пароксизмальных тревожных и панических проявлений, демонстративные высказывания и театральные попытки самоубийства. Клиническая картина характеризовалась динамичностью и частой сменой проявлений с основной целью привлечения внимания окружающих. На почве повторных психогений, в виде конфликтов или ссор отмечались яркие истерические проявления, по типу приступов возбуждения с проявлением эмоциональных реакций гнева, ужаса, презрения и прочих. В дальнейшем, отмечались ступорозные явления, мутизм, астазия-абазия, расстройства чувствительности. При исчезновении первичного массивного психотравмирующего воздействия истерическая симптоматика нивелировалась, но полностью не редуцировалась, приобретала характер стертых проявлений (см. рис. 3).

Рисунок 3 - Динамика формирования «кастовой» истерической симптоматики.



Аффективная симптоматика в данной группе была представлена депрессивным полюсом, имевшим неглубокий характер проявлений. Структура депрессий у данных пациентов характеризовалась

преимущественно тревожно-ипохондрическим радикалом, а также наличием дисфорического компонента. Моторная заторможенность проявлялась в снижении уровня активности, идеаторный компонент депрессии - в виде рассеянности, невнимательности, ухудшении памяти. Суточные колебания были выражены незначительно. Нарушения сна были представлены трудностями засыпания, ассоциировано с болезненными ощущениями [Коляго О.О., 2017; Попов С. М., 2022]. Следует отметить, что для этой группы пациентов к стационарному лечению приводила социально-трудовая дезадаптация по причине субъективной непереносимости испытываемых ощущений в теле. В свою очередь, выбор «соматического шаблона» истерического реагирования объяснялся первоначальной госпитализацией в то или иное терапевтическое отделение по поводу нерезко выраженной сомато-неврологической патологии на фоне воздействия психотравмирующего события. Пациенты этой типологической группы стремились преувеличить тяжесть высказываемых жалоб, вызвать сочувствие, сострадание. Это позволяло сделать вывод об имеющей место диссоциации между поведением больных и тяжестью высказываемых жалоб [Попов С. М., 2022].

Оценка депрессии по шкале Гамильтона на высоте состояния составляла в среднем $30 \pm 4,24$ баллов, что соответствовало депрессивному расстройству средней степени тяжести. С целью объективизации клинико-психопатологической динамики пациенты данной группы с основным заболеванием «шизофрения» были дважды обследованы по шкале позитивных и негативных синдромов PANSS, по аналогии с предыдущими группами ($85 \pm 5,5$ балла при поступлении и $47,5 \pm 4$ балла при выписке).

Психотическая симптоматика в рамках приступов в данной группе была представлена стойкими бредовыми идеями в рамках психотического приступа с формированием ипохондрической фабулы и/или идей отношения, ревности, сутяжничества, преимущественно конгруэнтных аффекту и сопряженных с предшествующими конверсионными нарушениями.

Бредовым идеям было свойственно быстрое формирование и яркий эмоциональный заряд, сочетание с такими истерическими проявлениями, как безутешные рыдания, претенциозность, демонстративность, вегетососудистые расстройства [Попов С. М., 2022].

У всех обследованных пациентов в данной типологической группе отмечалось наличие ипохондрических идей сверхценного или бредового уровня. Ипохондрическая идеаторная фиксация прослеживалась на протяжении длительного периода жизни. Ипохондрические черты выявлялись и ранее, на фоне развития соматических болезней. Пациенты считали вопросы здоровья приоритетными в их жизненном укладе. Истерические конверсионные расстройства служили фундаментом для формирования сверхценных и бредовых идей. В ипохондрических образованиях преобладал поведенческий компонент: отмечалось не только стремление к регулярным повторным медицинским обследованиям, но и приверженность «здоровому образу жизни», соблюдение различных диет, разнообразные оппозиционные и протестные поступки в отношении членов семьи. Стоит отметить, что в 6 клинических случаях (8,57%) ипохондрическая сверхценная фиксация проявлялась игнорированием болезни при постоянном поиске ее причин, больные не соглашались с заключениями врачей о наличии у себя психического заболевания при наличии достоверных данных об отсутствии соматической патологии [Попов С. М., 2022].

Истерическая симптоматика сочеталась с сенесто-ипохондрическими расстройствами. Манифестация коэнестезий на начальных этапах развития основного эндогенного процесса, характеризовалась их лабильностью, яркостью, образностью и зависимостью от психоэмоционального состояния пациента. Структура телесных ощущений отражала представление больного о механизме развития заболевания. В последующем телесные фантазии в процессе развития заболевания формировали более «сложную» структуру, обретали вычурность и обростали целым комплексом необычных ощущений.

По мере развития эндогенного психического заболевания, после перенесенных повторных приступов или фаз истерические явления приобретали стереотипность, телесные фантазии нивелировались, обретали нелепый или вычурный характер [Попов С. М., 2022].

Истерио-ипохондрические расстройства постепенно редуцировались, в состоянии на передний план выходили астенические нарушения. По мере развития эндогенного психического заболевания больший удельный вес приобретали негативные изменения личности в рамках развития психопатоподобного дефекта.

Динамика истерических расстройств, сопряженных с эндогенным психическим заболеванием, характеризовалась становлением соматовегетативных нарушений, в дальнейшем к этому присоединялись приобретенные патохарактерологические особенности, на завершающем этапе развития происходила стереотипизация истерического реагирования. Пациенты утрачивали способность к адаптивному реагированию, становились ригидными, были фиксированы на узком круге аффективных переживаний. Склонность к тревожному реагированию и ригидность выступали в качестве основных факторов трансформации истерических нарушений в стойкие патохарактерологические расстройства. При развитии повторных фаз или приступов эндогенного заболевания и утяжелении истерической симптоматики наблюдалось формирование болезненного реагирования с формированием «клише болезни» [Попов С. М., 2022].

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 [Попов С. М., 2022].

Клиническое наблюдение №3.

Пац-т Л-ая, 1981 г.р., впервые госпитализирована в ФГБНУ НЦПЗ в феврале 2018 года.

Наследственность психопатологически отягощена патохарактерологическими особенностями родителей.

По линии матери:

Бабка: в течение жизни работала управляющей предприятия. По характеру была властной, вспыльчивой, эмоционально несдержанной, требовательной к окружающим. Умерла в 82 года от онкологического заболевания.

Дед: сведений нет, так как расставание с бабушкой произошло до рождения матери пациентки.

Мать: 65 лет. На пенсии. Имеет высшее техническое образование. В течение жизни работала инженером. По характеру упрямая, непреклонная, эмоциональная, склонная к сутяжному поведению.

По линии отца:

Бабка: умерла в 61 год от соматической патологии. Имела среднее образование. В течение жизни работала швеей. По характеру была альтруистичной, всепрощающей, жизнерадостной.

Дед: умер в возрасте 89 лет от соматической патологии (рака). В течение жизни работал сварщиком. По характеру был малоэмоциональным, отстраненным, невозмутимым.

Отец: 64 года. Военнослужащий. По характеру строгий, справедливый, трудолюбивый, требовательный, вспыльчивый, тревожный. Когда узнал о болезни дочери, стал жаловаться на «ком в горле», затруднения вдоха, нехватку воздуха, принимал успокоительные препараты.

Старшая сестра: 40 лет. Работает управляющей предприятия. По характеру целеустремленная, общительная, тревожная, впечатлительная.

Беременность матери протекала нормально, роды физиологические в срок, сопровождались кратковременной асфиксией в результате обвития пуповиной, последствий не отмечалось, реабилитацию не проходила. Ранее психофизическое

развитие соответственно возрастным нормам, часто болела острыми респираторными заболеваниями. По характеру росла активной, шаловливой, общительной с лидерскими качествами, легко первая шла на контакт. Была капризной, упрямой, часто манипулировала родственниками для достижения желаемого. Игры предпочитала подвижные, любила собирать вокруг себя большие группы сверстников. Была склонной к фантазированию, мечтала быть принцессой, управлять своим «королевством». В ДДУ была отдана с 2 лет, посещала ясельную группу, адаптировалась легко. В школу была отдана с 6 лет, проблем в общении не испытывала, была любимицей учителей и класса. Из предметов предпочитала историю, любила представлять себя главным действующим лицом исторических событий. Учиться не любила, но быстро усваивала материал, обладала хорошей памятью, поэтому получала хорошие оценки. Делала домашние задания за короткое время и уходила гулять с друзьями. Посещала множество секций и кружков, профессионально занималась гандболом.

Менархе с 15 лет, не установились по настоящее время, болезненные, перепадами настроения не сопровождались. В подростковом возрасте по характеру не менялась. Первая серьезная влюбленность и романтические отношения с 15 лет. Стремилась поддерживать длительные отношения, но инициатором разрывов всегда была сама, по той причине, что со временем определяла в избранниках качества, не подходящие для семейной жизни, после чего легко находила новую пассию. В ссорах с молодыми людьми была склонна к псевдологии и манипулятивному поведению.

В старших классах хотела стать педагогом или парикмахером, часто по этому поводу ссорилась с родителями, так как они настаивали на получении высшего образования. После окончания школы по инициативе родителей поступила в МАМИ, в связи с тем, что школа находилась при этом институте. К концу первого семестра, поняла, что учиться в МАМИ не хочет, так как эта специальность ей не интересна, приняла решение с нового учебного года поступать в МГППУ на исторический факультет. Успешно поступив, начала подрабатывать в обслуживающей сфере, в основном на тех позициях, где было необходимо общение с клиентами. После окончания университета продолжила работать по специальности учителем. Жила в гражданском браке с 23 до 29 лет, закончившемся по обоюдной инициативе. В ответ на разрыв отмечала нерезкое снижение настроения, сопровождавшееся тоскливостью в течение двух месяцев, с которым справилась, познакомившись с молодым человеком и завязав романтические отношения. С избранником складывались доверительные, дружеские отношения. В 31 год родила от этого мужчины дочь, беременность и роды протекали в рамках нормы. Несмотря на общего ребенка, брак обоюдно решили не регистрировать и со временем

пришли к выводу, что будут общаться «как друзья», а воспитывать ребенка вместе. Продолжала работать, открыла свое индивидуальное предпринимательство с подругой, из которого ушла спустя два года, когда стала отмечать нарастающую тревожность, связанную с возросшей ответственностью. В 33 года приняла решение, что хочет осуществить свою мечту и работать парикмахером. Прошла курсы подготовки и приступила к работе. Новая деятельность приносила удовольствие и хороший заработок.

В 36 лет вступила в очередные длительные отношения с молодым человеком, к которому ощущала сильную привязанность. В это же время в декабре 2015 года узнала, что больна раком молочных желез. Стала искать «хороших специалистов», которых нашла в Израиле. Прошла курс хирургического и последующего химиолучевого лечения. Изменений в психическом состоянии не отмечала. Несмотря на проводимую терапию продолжала работать. Летом 2016 года, в 37 лет, вернувшись из Израиля после окончания лечения, стала отмечать эпизодически возникающий «ком в горле», когда с трудом могла глотать, жаловалась на нехватку воздуха, затруднения вдоха. Обращалась за помощью к интернистам, считала, что эта симптоматика является последствием лучевой терапии. Отмечала нарастающую тревогу за собственное здоровье. Несмотря на эти переживания не отмечала ухудшения настроения, продолжала воспитывать дочь, работать и встречаться с молодым человеком. Спустя несколько месяцев описываемые ощущения прошли самостоятельно. Весной 2017 года после сильной алкогольной интоксикации во время празднования, испытывала неукротимую рвоту, в связи с чем вызывала СМП. После произошедшего стала отмечать ощущение постоянной тошноты с позывами к рвоте, вновь вернулось ощущение «кома в горле». Прошла лечение от гастрита, который диагностировала себе самостоятельно, но врачами-гастроэнтерологами данный диагноз не был установлен. После проведенного лечения состояние нормализовалось. В ноябре 2017 года перенесла смерть молодого человека, с которым состояла в отношениях два года, к которому испытывала любовную привязанность. О произошедшем никому не рассказывала. Отмечала снижение настроения с присутствием тоски, подавленности, нарушением сна по типу трудностей засыпания, вновь стал беспокоить «ком в горле», тошнота, эпизодическая не приносящая облегчения рвота, нехватка воздуха, нарастала тревога, ассоциированная с беспокойством о своем здоровье, которая носила постоянный характер. С января 2018 года стала отмечать эпизоды нарастающей беспредметной тревоги по типу «панических атак», сопровождавшиеся учащением сердцебиения, ощущением сдавливания в сердечной области, приливами жара, потливостью, нехваткой воздуха, затруднением дыхания, слабостью в теле, головокружениями, потемнениями в

глазах. В связи с чем решила обратиться в НЦПЗ и была госпитализирована в феврале 2018 года.

Психическое состояние:

В кабинет входит уверенной походкой. Движения расслабленные. Выглядит соответственно своему возрасту. Одета опрятно, в спортивную кофту, спортивные обтягивающие штаны. Аккуратный макияж и маникюр. Волосы убраны в пучок. Беседует с врачом охотно. Во время беседы сидит расслабленно, изредка меняет позу, часто поправляет волосы. Манерна, театрально жестикулирует, демонстративна. Выражение лица от улыбчивого до демонстративно-задумчивого. Мимика живая. Голос громкий, речь интонационно насыщена, многословна, напориста, часто смущенно смеется. Отвечает на вопросы по существу, правильно, последовательно. Отвечая на вопрос, речь устанавливается в виде монолога, длительным повествованием.

Предъявляет жалобы на не резко сниженное настроение с проявлениями постоянной «не проходящей» тревоги за собственное здоровье. Жалуется на приступы «панических атак», по несколько раз в сутки, вне зависимости от ситуации, длительностью до получаса, которые разрешаются самостоятельно. Панические атаки включают в себя нарастающий страх смерти от удушья, чувство нехватки воздуха, частую одышку, невозможность сделать полный вдох, ощущение «кома в горле», учащенное сердцебиение, потливость и чувство онемения кистей рук, слабость в нижних конечностях. Сообщает о непрекращающихся неприятных ощущениях в области груди и живота, которые описывает как «неприятное сжимающее и жгущее ощущение», а также ноющие болевые ощущения в области грудных позвонков. Фиксирована на своем здоровье, считает, что все началось как последствие лучевой терапии, просит провести ей весь спектр обследований, сомневается, что проблема «психиатрическая». Сон поверхностный, нарушен по типу трудностей засыпания. Аппетит снижен, в связи с тем, что боится задохнуться во время приема пищи, в весе не теряла.

Критика к своему состоянию формальная. Настроена на лечение. Суицидальные мысли на момент осмотра отрицает.

Соматический статус:

Кожные покровы теплые, сухие, чистые. Умеренного питания. ИМТ=19.5. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается; АД на момент осмотра 124/79 мм. рт. ст.; ЧСС=ps=85 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=19 в мин., хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания

отрицательный с обеих сторон. В анамнезе мастэктомия 2016 года, ассоциированно с онкологией молочных желез. Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда.

Неврологический статус:

Лицо симметрично. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет. Данных за острую неврологическую патологию нет.

Анализ наблюдения

На момент госпитализации в ФГБНУ НЦПЗ состояние определялось аффективным эпизодом депрессивной структуры. Аффективная симптоматика была представлена тревогой как генерализованного, так и пароксизмального характера - по типу атипичных истерических панических атак, в сопровождении вегетативных симптомов. Отмечались астенические проявления, а также когнитивные нарушения, представленные рассеянностью, невнимательностью, снижением процессов запоминания. В состоянии превалировала сверхценная ипохондрическая фиксация, тревожное ожидание повторения тревожных пароксизмов. Также выявлялись нарушения сна по типу трудностей засыпания, снижение аппетита. В том числе отмечалась соматоформная симптоматика, носящая постоянный фоновый характер. Соматоформная симптоматика была представлена константными истералгиями в грудной, абдоминальной и позвоночной зоне, эпизодической немотивированной рвотой, не приносящей облегчения, ощущением сердцебиения, сдавливания в за грудиной области с приливами жара, потливостью, потемнением в глазах. Во время тревожных пароксизмов как после психогении, так и без стрессового воздействия, к соматоформной симптоматике присоединялись конверсионные нарушения, представленные ощущением «кома в горле», сопровождающимся затруднением процесса глотания и дыхания, ассоциированной одышкой и затруднением процесса вдоха, парестезиями конечностей и пароксизмальным кратковременным ощущением потери контроля над двигательной функцией конечностей, астазией-абазией. Конверсионная симптоматика на фоне сопряжения с нарастающим тревожно-ипохондрическим аффектом, выявляла патопластическую динамику, так, описанные истералгии приобретали форму вычурных ощущений, трансформируясь в сенесталгии.

Истерическая симптоматика формировалась опосредованно, с психо- и соматогенной провокацией в виде онкологического заболевания, расставания с близким человеком около 3 лет назад. Заболевание развивалось с формирования субдепрессивных

состояний с конверсионными нарушениями на фоне психогений, с эпизодами спонтанных ремиссий высокого качества с полной редукцией истерической симптоматики. В дальнейшем, на фоне повторных психо- и соматогений, развилось депрессивное состояние с одновременным присоединением соматоформной симптоматики и новых конверсионных расстройств. Длительность состояния, послужившего причиной обращения в стационар, составила 6 месяцев. Личность можно расценивать в рамках акцентуации истеро-гипертимного круга.

Ds: Рекуррентное депрессивное расстройство, повторный депрессивный эпизод умеренной тяжести с соматическими симптомами. Повторный тревожный депрессивный эпизод с соматоформной и конверсионной симптоматикой (F33.11).

Психопатологический анализ проведенного исследования позволил выделить три варианта сосуществования истерических проявлений с психопатологической симптоматикой иных регистров в структуре эндогенных психических заболеваний.

Истерические расстройства, сопряженные с аффективными заболеваниями, были представлены преимущественно в виде конверсионных расстройств, диссоциативные нарушения проявлялись только на высоте тревожного компонента аффективной фазы. Конверсионная симптоматика нивелировалась по мере углубления аффекта и в дальнейшем, по мере становления эутимии отмечалась ее отчетливая регрессионная динамика. Структура и динамика истерической симптоматики напрямую влияла на картину формирующейся аффективной фазы: малая интенсивность и стертый характер истерических симптомов способствовал развитию апато-адинамического аффективного радикала, а яркие и спонтанные истерические проявления формировали тревожно-ипохондрический аффективный радикал [Попов С. М., 2022].

Истерические расстройства, формировавшиеся в структуре психотического состояния, влияли на характер, структуру, динамику и содержание бредовых, галлюцинаторных и параноидных расстройств. Отмечалось проявление диссоциативных и конверсионных симптомов, как

сочетанное, так и по отдельности. Истерические расстройства носили характер ведущей симптоматики на этапе манифестации психотического приступа, постепенно встраиваясь в его структуру, в дальнейшем отмечалась полная ее редукция на пике обострения психотического состояния. Еще одной отличительной особенностью данной группы был более яркий и вычурный характер диссоциативных расстройств, чем в других типологических группах [Попов С. М., 2022].

Кастовая истерическая симптоматика выявляла отсутствие связи с аффективными и психотическими состояниями. В данной типологической группе отмечались преимущественно конверсионные симптомы, составляющие соматоформный симптомокомплекс, но также встречались транзиторные пароксизмальные диссоциативные и малые конверсионные включения. Истерическая симптоматика характеризовалась стойкостью, стабильностью, неизменностью проявлений, психотерапевтической и психофармакологической резистентностью на протяжении длительного времени [Попов С. М., 2022].

Отмеченные в данной главе психопатологические особенности и закономерности течения истерических расстройств выявляли прямую корреляцию с сопряженной аффективной или психотической симптоматикой, что позволяло предположить вовлеченность в их формирование разных патогенетических механизмов. Выделенные типологические варианты сопряжения истерических расстройств и эндогенных психических заболеваний представляются значимыми в вопросах диагностики и определения прогноза таких состояний.

ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АФФЕКТИВНОГО И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРОТЕКАЮЩИЕ С СОУЧАСТИЕМ ИСТЕРИЧЕСКОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА.

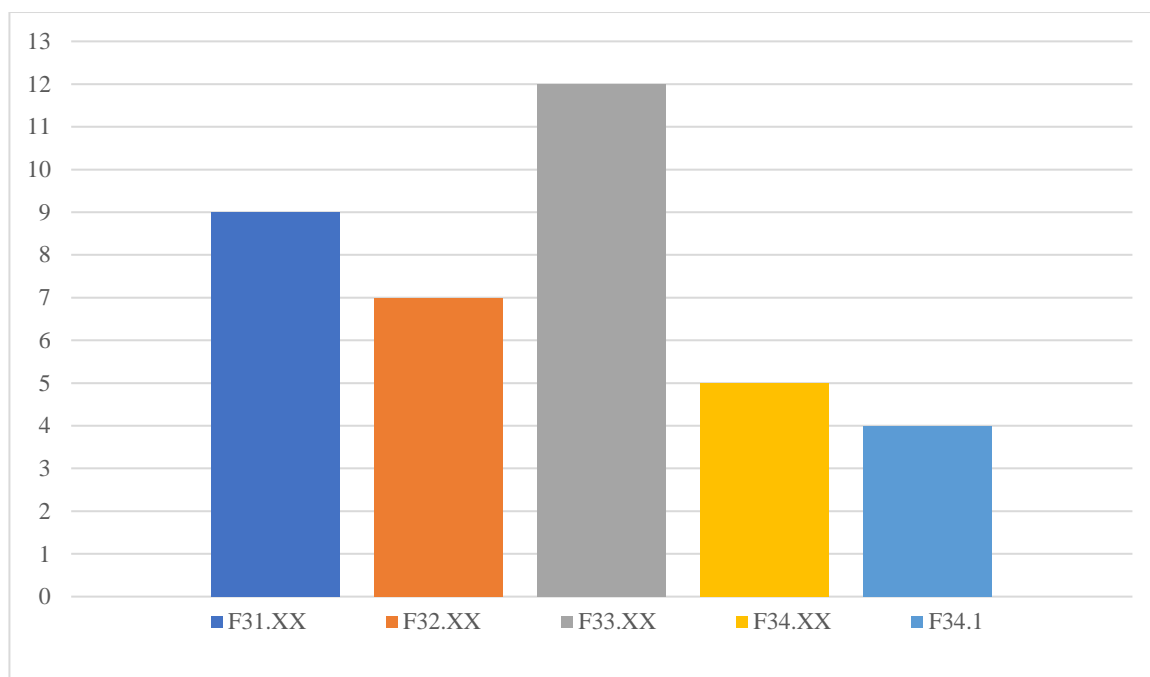
Описанные в предыдущей главе феноменологические разновидности истерических расстройств различались не только содержанием и динамикой, но имели клинико-психопатологические особенности тропные к формированию динамики тех эндогенных психических заболеваний, в рамках которых они развивались. Для установления этих клинических особенностей были проанализированы особенности преморбидного периода заболевания, характерные проявления первого манифестного периода заболевания, включая первую манифестную фазу или приступ, этап становления ремиссии, а также особенности развития болезни в дальнейшем (по данным катamnестического исследования).

4.1 Эндогенные расстройства аффективного спектра. Общие клинические характеристики нозологических форм, протекающие с участием истерических расстройств.

В исследуемой выборке патология, относимая к расстройствам аффективного спектра, была подтверждена у 36 пациентов (51,42%), среди них 24 женщины и 12 мужчин. Согласно критериям МКБ-10, нозологическая дифференциация пациентов распределялись следующим образом: биполярное аффективное расстройство (F31) - 9 клинических случаев (10% от общего числа обследованных пациентов) и рекуррентное депрессивное расстройство (F33) - 12 случаев (17,14%), дистимия (F34.1), циклотимия (F34), манифестный депрессивный эпизод (F32) - 18 случаев (25,71% от общего числа обследованных) (см. диаг. 15).

Средний бал по шкале HDRS у обследованных пациентов, на момент поступления и осмотра составил 30,3 балла, что соответствовало депрессивному расстройству крайне тяжелой степени.

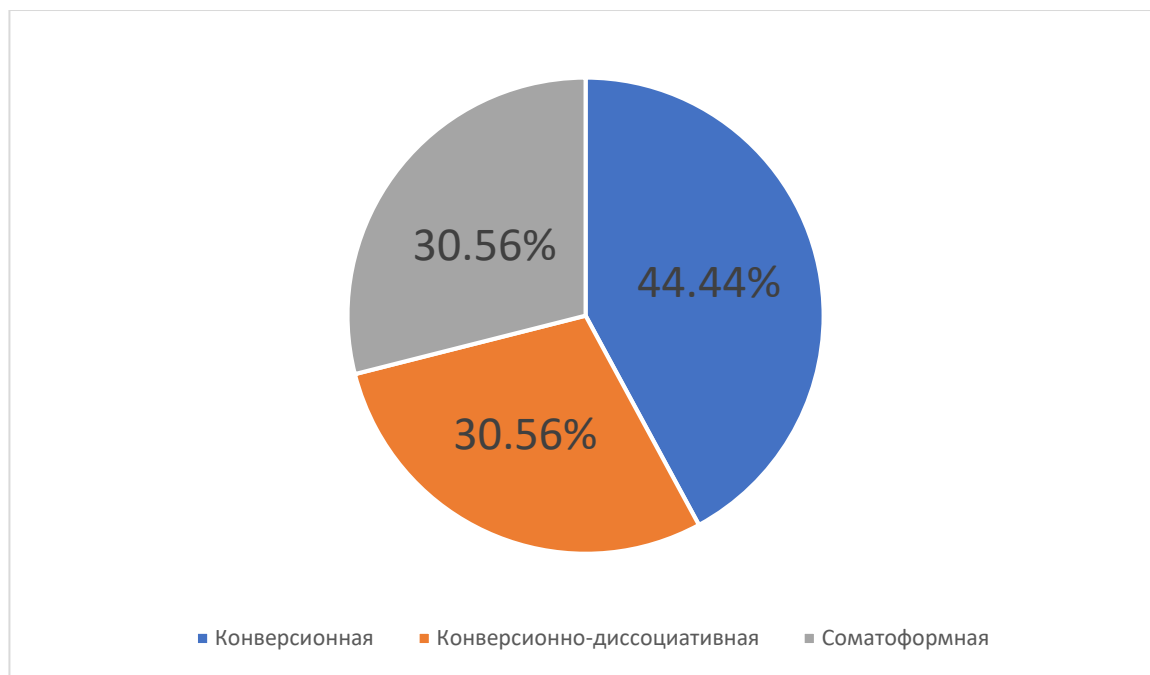
Диаграмма 15 – Распределение диагнозов в группе эндогенных аффективных заболеваний.



В рамках проведенного на момент осмотра психопатологического анализа выраженность конверсионной симптоматики в данной группе составляла 44,44% от числа обследованных пациентов, сочетание диссоциативной и конверсионной симптоматики - 30,56%, соматоформной симптоматики – 30,56% (см. диаг. 16). Изолированное проявление исключительно диссоциативной симптоматики в группе аффективных заболеваний не отмечалось.

Конверсионная симптоматика была представлена гипофункциональными и гиперфункциональными чувствительно-двигательными нарушениями, диссоциативная - псевдоэпилептическими состояниями, явлениями псевдодеменции, истерической фугой, оптическими и вербальными галлюцинациями и бредоподобным фантазированием, конфабуляциями истерического генеза.

Диаграмма 16 - Истерическая симптоматика, формирующаяся в группе аффективных заболеваний.



На продромальном этапе эндогенного заболевания отмечался высокий удельный вес психотравмирующих событий разной степени интенсивности и значимости для индивидуума (злоупотребление алкоголем близких родственников, конфликтные ситуации в семье, затяжные ситуации разрешения внутрисемейных отношений, а также сложности во взаимоотношениях на работе или учебе), он приходился на средний возраст $27 \pm 9,42$ года, и характеризовался в большинстве случаев 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 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%).

Истерические расстройства на этапе манифестации эндогенного заболевания характеризовались нарушениями гипофункционального конверсионного регистра (гипоэстезии, анестезии кожных покровов, явления астазии-абазии, истерические психалгии, истерический «ком» в горле), а также колебаниями интенсивности аффекта. С высокой частотой выявлялись расстройства соматоформного регистра (в 11 случаях - 30,56%).

Структура манифестного эпизода эндогенного аффективного заболевания определялась в 15 случаях (41,67%) депрессией в сочетании с тревожной и ипохондрической симптоматикой, а также депрессией с преобладанием астено-апатической симптоматики (12 случаев, 33,33%), и депрессией со значительным преобладанием нарушений поведения в рамках акцентуации истерического круга (9 случаев, 25%).

Клиническая картина депрессии с преобладанием тревожных и ипохондрических явлений характеризовалась отчетливым снижением настроения с тревогой и вегетативной симптоматикой, выраженным беспокойством за собственное здоровье, постоянной оценкой собственных ощущений, пароксизмальными тревожными приступами, физической слабостью и постоянным чувством усталости, выраженными нарушениями сна с тревожными руминациями в моменты засыпания, многократными ночными пробуждениями, снижением аппетита вплоть до его отсутствия. Депрессии характеризовались правильным суточным ритмом. Ипохондрические переживания достигали уровня сверхценных идей. Они сочетались (в 6 случаях, 16,67%) с обсессивно-фобическими расстройствами, дополнявшими ипохондрическую идею.

В клинической картине депрессии со значительным преобладанием нарушений поведения в рамках акцентуации истерического круга на первый план выходили полиморфные аффективные расстройства (сочетание тревоги, тоски, апатии, подавленности) без идеаторной и моторной заторможенности,

неправильным суточным ритмом, нарушениями сна. Тимический компонент сопровождался демонстративными нарушениями поведения в рамках акцентуации истерического круга (утрированное отчаяние с рыданиями, гиперболизация описываемых переживаний, манипулятивное суицидальное поведение). Наряду с демонстративным поведением значительное место в картине депрессии занимали конверсионные расстройства (астазия-абазия, тремор конечностей, афония, истерическая «дуга», истерические припадки без нарушения сознания), а также истерические проявления диссоциативного типа (истерическая псевдодеменция, истерические конфабуляции, содержание которых отражало психотравмирующую ситуацию). Характерными были истералгии, проявляющиеся необычными неприятными ощущениями в теле. Манифестация характеризовалась преимущественно острым началом, с быстро нарастающими аффективными и истерическими проявлениями. Обратное развитие истеродепрессивного состояния происходило постепенно, литически через 3—4 месяца.

В случае манифестации депрессией астено-апатической структуры преобладали явления эмоционального обеднения, снижение аффективного резонанса, сочетание психической гиперестезии с психической гипестезией, ощущение безнадежности и беспомощности. Особенностью этих депрессий было преобладание физической астении, проявляющейся слабостью мышечного аппарата. Отмечались нарушения сна по типу трудностей засыпания и многократных пробуждений. В данном варианте манифестных состояний выявлялась связь с конверсионными и соматоформными нарушениями. Диссоциативные расстройства проявлялись исключительно в рамках панических эпизодов, тревогу сопровождало ощущение «нехватки воздуха», ощущение препятствия в горле, что сочеталось с головокружением, внутренней дрожью, слабостью в ногах. Истерические расстройства в рамках астено-апатического варианта манифестного состояния носили стертый, «мягкий» характер, проявляющий интенсивность в виде диссоциативных пароксизмов, только в эпизодах повторных психогенных провокаций.

Наследственная отягощенность у пациентов описываемой нозологической группы отмечалась в 33,33% случаев и была представлена преобладанием аффективных заболеваний (F31, F32, F33, F34) – в 45,45% случаев, а в 36,36 % была представлена наличием патохарактерологических особенностей, и в 18,18% случаев – шизофренией.

4.1.1 Клинические особенности биполярного аффективного расстройства, протекающие с истерической симптоматикой.

Данное заболевание было диагностировано у 7 пациентов 19,4% в группе эндогенных аффективных заболеваний с сопутствующей истерической симптоматикой. Средний возраст пациентов данной группы составил $33 \pm 8,37$ лет. Соотношение мужчин и женщин составило 4:3. Течение заболевания в преобладающем большинстве обследованных случаев (71,43%) происходило с чередованием затяжных гипотимических фаз и коротких маниакальных с формированием недолгих медикаментозных ремиссий ($0,9 \pm 0,27$ года), и в 28,57% случаев с формированием длительных, по несколько лет, немедикаментозных ремиссий.

Появление начальных проявлений заболевания отмечалось в период 35 лет (средний возраст $25 \pm 7,22$ лет), а средний возраст манифестации составлял $26 \pm 7,22$ лет. Манифестация заболевания протекала в виде формирования аффективных фаз, сопровождающихся истерической симптоматикой.

Преморбидно личность пациентов можно было квалифицировать как акцентуированную циклоидного радикала и эмоционально-лабильного по 25,57% соответственно, психастенического 42,86% и гипертимного радикала 14,29%. Преморбидно у пациентов отмечалось наличие истерических черт характера, таких, как впечатлительность, гипертрофированная живость воображения, демонстративность, псевдология, несоответствие внешнего выражения эмоций глубине переживания, их инфантильная окраска, слабоволие. Также этим пациентам была присуща особая личностная реакция

на болезнь в виде умения извлечь пользу из играемой «роли» при сохранении многоплановости отношений с людьми.

Симптомы истерического круга формировались в рамках экзогенных и психогенных провокаций. В качестве психогенных провокаций выступали длительно существующие, неустранимые семейные и социальные проблемы. Экзогенные факторы были представлены приемом ПАВ и алкоголя.

Продромальный этап заболевания связан с острой субъективно значимой психотрамирующей ситуацией: потеря близкого человека, домашнего питомца, дорожно-транспортная авария, потеря рабочего места. В качестве инициальных симптомов выступали аффективные колебания преимущественно тревожной и тоскливой структуры, с явлениями гетероагрессии, а также нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга, что в последующем приводило к присоединению сопутствующих диссоциативных и конверсионных расстройств.

Заболевание манифестировало формированием депрессии с тревожной и ипохондрической симптоматикой, а также со значительным преобладанием диссоциативно-конверсионных расстройств. Заболевание характеризовалась быстрым нарастанием тяжести депрессии, присоединением обсессивно-фобической симптоматики, формированием витальности персистирующих тревожных проявлений. Депрессии характеризовались правильным суточным ритмом. Отмечались нарушения сна по типу трудностей засыпания и ранних пробуждений. У нескольких пациентов (28,57%) на высоте состояния аффект приобретал смешанный характер, что проявлялось чередованием гипертимии и гипотимии с идеаторной и моторной ускоренностью, неустойчивостью, сверхвысокой изменчивостью внимания. Также отмечалось возникновение эпизодов пароксизмальной вегетативной активности, которые сопровождались многочисленными конверсионными проявлениями, вегетативными нарушениями.

Возникновение диссоциативной и конверсионной симптоматики в структуре фаз биполярного аффективного заболевания происходило исключительно в рамках гипотимии и отчасти в рамках ремиссии. В ремиссиях расстройства представлялись стертыми по проявлениям конверсионными гипофункциональными явлениями (гипоестезии, парестезии, истералгии), а также истерическими психопатоподобными явлениями, такими как стремление обратить на себя внимание, претенциозность, театральность, лживость и склонность к украшающим фантазиям, приобретающими грубый, нелепый, вычурный характер, формировалась бездушная холодность к близким, эмоциональная выразительность заменялась грубым кривлянием: позы, жесты, интонации голоса отличались фальшивой наигранностью.

Диссоциативная и конверсионная симптоматика характеризовалась спонтанным возникновением в структуре фазы и характеризовалась флюктуирующим течением. В рамках развития биполярного аффективного заболевания характер возникновения истерической симптоматики оставался неизменным, однако по мере удаления от этапа манифестации отмечалось изменение интенсивности проявлений истерических расстройств.

В структуре диссоциативных расстройств доминировали проявления псевдодеменции, псевдоэпилептические состояния с нарушением сознания, истерическая фуга. Эти нарушения сочетались с конверсионной симптоматикой по типу истерической соматизации, которая была представлена истерическим комом, эпизодической рвотой в местах скопления людей, приносящей облегчение, а также ситуационно зависимым дрожанием, афонией, астазией-абазией. Стоит отметить прямую зависимость выраженности диссоциативных и конверсионных расстройств с глубиной аффективного состояния.

В катamnестическом наблюдении пациентов с биполярным аффективным расстройством (8 обследованных случаев, 15,69% от всей катamnестической группы) длительность заболевания составляла $10 \pm 1,56$

лет. Заболевание приобрело характер континуального течения с характерной сезонностью, тяжесть депрессий углублялась, длительность гипотимических фаз увеличивалась, маниакальных фаз – уменьшалась, отмечалось резкое возрастание числа депрессивных фаз. Депрессии характеризовались наличием тревожной и ипохондрической симптоматики, сочетающейся с персистирующими конверсионными расстройствами, отличались реактивной лабильностью с эмоциональной неустойчивостью, повышенной суицидальной опасностью. Переживания сверхценного ипохондрического характера преобразовались в обсессивную симптоматику. Маниакальная фаза характеризовалась быстротечностью, отличалась наличием монотонной активности с суетливостью, отмечалась раздражительность, гневливость, психопатоподобное, эпатажное поведение, моторными и сенсорными персеверациями, формирующимися на фоне ипохондрических сверхценных идей и предшествующей конверсионной симптоматики.

Истерическая симптоматика в стертой форме в виде бедных по проявлениям конверсионных расстройств, а также нарушений поведения в рамках акцентуации истерического круга, сохранялась и на этапе ремиссии биполярного аффективного заболевания. По мере формирования и консолидации ремиссии нивелировалась лабильность истерических симптомов, снижалась изменчивость поведения, приобретая характер «стереотипного штампа». На протяжении болезни в структуре истерических явлений отмечались нарастающая бедность и стереотипность динамики, определяющаяся «ситуацией болезни» и степенью ее выраженности. Истерическим явлениям было характерно ослабление связи с неблагополучной микросоциальной ситуацией, а также нарастание не критического отношения к болезни, сохранение стремления к труду. Обращали на себя внимание нарастающие нарушения мышления по типу соскальзывания, отмечающееся не только в структуре фаз, но и на момент становления ремиссии, то есть отмечалось медленное обратное развитие

диссоциативных псевдодементных явлений, что также влияло на формирование социально-трудовых установок, оскудение интересов на фоне полноценной социальной и трудовой адаптации.

Клинический случай №4.

Пац-т Э-с., 1970 года рождения.

Наследственность психопатологически отягощена по линии матери и линии отца.

Мать: умерла в 85 лет от соматического заболевания. Имела 8 классов среднего образования, работала продавцом. По характеру была жестокой, деспотичной, проявляла агрессию к детям и мужу, так, была горячей кочергой, таскала за волосы. В возрасте 40 лет стала высказывать идеи преследования, говорила, что семью сошлют на Соловки, уходила из дома, по несколько дней не ела, сильно худела, была агрессивной - после ссор с соседями портила их имущество, била стекла в окнах. Была госпитализирована в ПБ, где госпитализировалась несколько лет. После выписки психическое состояние больше не менялась, в ПБ не поступала, дожила до старости, сохранив физическое здоровье. Сохранялись вышеописанные особенности характера.

Отец: имел 4 класса образования, работал сапожником. По характеру был добрый, мягкий, замкнутый. Страдал запойной формой алкоголизма. В опьянении становился агрессивным, «хватался за нож». Умер в 63 года от желудочного кровотечения в результате прободной язвы желудка.

Сестра: 68 лет, по профессии медицинская сестра. Нервная, возбудимая, похожа на мать, в семье становится инициатором ссор, скандалов. Пациентка не общается с сестрой более 5 лет из-за особенностей характера последней.

Племянник: 50 лет, имеет 3 высших образования, работает разнорабочим. По характеру сутяжный, малообщительный, замкнутый, склонен к агрессии, немотивированным перепадам настроения.

Брат: 68 лет, по профессии чеканщик, имеет патент на изготовление оружия – делает ножи на заказ. Страдает запойной формой алкоголизма, в настоящее время многолетняя ремиссия. Перестал пить в 40 лет после смерти сына. С этого времени изменился по характеру – был жесткий, с тенденцией к агрессии, стал мягким, тревожным. С 32 лет инвалид - после перенесенной спинномозговой инфекции, паралич нижних конечностей. Снижение настроения после инвалидизации не отмечал, наоборот, стал более активный, стал успешнее работать. Имеет двух взрослых детей, один из которых страдает запойным алкоголизмом.

Племянник, в возрасте 26 лет умер при неизвестных обстоятельствах – был найден в подъезде с разбитой головой. Страдал запойной формой алкоголизма. Вел асоциальный образ жизни, привлекался к уголовной ответственности.

Одна из сестер пациентки умерла в 14 лет от менингита.

Дочь, 26 лет, в браке, имеет здорового ребенка 2 лет. Не окончила Тимирязевскую академию, брала два академических отпуска. По характеру общительная, лишена целеустремленности, в подростковом возрасте имела проблемы с поведением, рано начала половую жизнь, часто меняла партнеров. Имеет склонность к алкоголизации. Сведения о матери дает поверхностные.

Пациентка родилась 4 ребенком в семье в возрасте матери 36 лет. Роды у матери были затяжные, 3 суток, родилась путем наложения щипцов, была крупным младенцем. В детстве перенесла корь, ветряную оспу, скарлатину, часто болела отитами. Про раннее детство сведений нет. Помнит себя с 4 лет, По характеру была активной, бесшабашной, подвижной, «росла на улице». В то же время была впечатлительной, ранимой. Помнит, что в детстве все время хотела есть – семья жила впроголодь. На перемену погоды тянущей, выкручивающей болью болели ноги. Сколько себя помнит и до подросткового возраста испытывала разнообразные страхи. Боялась мертвецов, которыми пугал брат, боялась, что отец «выпустит себе кишки ножом», подожжет дом - в состоянии опьянения последний неоднократно этим угрожал. Боялась оставаться одна дома – казалось, что кто-то есть за спиной. Садилась в середине комнаты и постоянно оглядывалась. Боялась похоронной музыки по радио – становилось грустно, неприятно. Постоянно испытывала тревогу, что дома произойдет что-то плохое. С детства и поныне разговаривает во сне. Еще до школы нравилось рассматривать журналы мод, нравились красивые ткани. Увидев на ком-то красивое платье, мечтала отрезать кусок, носила с собой небольшие ножницы, но никогда этого не делала, боясь наказания. С 5 лет самостоятельно училась шитью.

В школу была отдана в 7 лет. Учиться было тяжело, ощущала рассеянность, быстро утомлялась, плохо понимала материал, долго не могла научиться читать. Точные предметы давались с трудом. Училась в среднем на удовлетворительные оценки. Была потребность спать в дневные часы. Хорошо декламировала стихи. Была педантичной, во всем любила порядок, переживала, что учится плохо, ставила себе цель исправить оценки, но не получалось из-за утомляемости. Испытывала потребность все время на что-либо переключаться, не могла долго концентрироваться на одном деле. В коллективе адаптировалась хорошо, имела много подруг. В центре внимания быть не любила, лишь в узком кругу близких людей. Нравилось оставаться одной дома и рассматривать красивые журналы. Всегда обращала внимание на одежду других. Страдала из-за того, что не имела

красивых вещей. Пыталась сама приукрашать себя, используя ленты, лоскутки, с подросткового возраста шила себе одежду. С 8 лет появились состояния по типу приступов, когда перед глазами начинали плыть мушки, искажалось восприятие окружающего – «как будто все плыло», внезапно возникало чувство голода, в такие моменты бежала домой, съедала большой объем пищи, после чего наступала рвота. Затем чувствовала себя обессиленной, 2–3 часа спала. Состояния возникали примерно 1 раз в месяц, продолжались до 14 лет, до начала наступления месячных.

В возрасте 9 лет, опасаясь домашнего скандала родителей подмешала в водку отца таблетки димедрола, чтобы он заснул. Увидев, что во сне отец захрипел, очень испугалась, сама побежала в больницу за врачами, оказалось, что у отца запал язык, и он стал задыхаться. Отцу оказали врачебную помощь. В течение месяца была напугана, плохо спала ночью.

В возрасте 10 лет, когда в школе не перевели в следующий класс, а оставили на второй год из-за двоек по учебе, пришла в отчаяние, плакала, ругала себя, что ничего не может. Пошла на железнодорожные пути с целью броситься под поезд, однако, при приближении поезда испугалась, «волной была откинута на насыпь».

Месячные с 14 лет, цикл установился сразу, перепадов настроения в связи с циклом не отмечалось. По характеру в подростковом возрасте не менялась. С 15 лет испытывала легкий интерес к противоположному полу, хотелось нравиться, стремилась красиво одеваться. Влюбленностей не было. С 15 лет начала курить, в дальнейшем бросала во время беременностей, курит по настоящее время. Окончила 8 классов. Осуществляя свою мечту, поступила в швейное училище. Затем обучалась в школе закройного мастерства.

В 19 лет перенесла апоплексию яичника. После операции в течение 10 лет во время месячных кровь сочилась из горла, у врачей, в связи с этим не наблюдалась. В 20 лет вышла замуж, руководствуясь в первую очередь желанием уйти от родителей. Семейная жизнь не складывалась, удовольствия от интимной близости не получала, на фоне измен мужа отмечала ревность, пропадал аппетит, легко теряла вес. В 21, 22, 23 года беременности, которые заканчивались выкидышами на больших сроках (19, 24 и 28 недель). Переживала о потерянных детях, но фон настроения не снижался, больше думала о том, что скажут соседи и тяготилась безразличием мужа. В 24 года познакомилась с мужчиной из Салехарда, поехала вслед за ним. Отношения не сложились, жила одна, снимала комнату. Работала швеей на комбинате бытового обслуживания. Вскоре повторно вышла замуж за сына хозяйки. В избраннике привлекла внешность. Брак не сложился – муж не работал, имел долги, постоянно критиковал внешность больной,

стремясь ему угодить, то худела, то поправлялась. В 29 лет родила дочь. Родила на 38 неделе, ребенок весом 1800 граммов. Перенесла послеродовой сепсис, тромбоэмболию подключичной артерии. После родов ощущала тревогу за дочь, опасалась, что она не выживет, нарушился сон. После родов появились кратковременные «обмороки» во время конфликтных ситуаций, так, слышала щелчок в голове, похожий на оркестровые тарелки, после чего возникало предчувствие потери сознания, пошатывало, придерживалась за опору. В это время испытывала страх смерти, считала, что тромб отрывается от сосуда и гуляет по организму. Состояния длились несколько секунд, возникали с периодичностью раз в неделю. Купировала данные состояния валокордином. Состояние обошлось в течение 3 месяцев. В 30 лет отмечался эпизод, когда явственно слышала, как позвала бабка близкого друга, узнала потом, что это было в момент ее смерти. Считала, что бабка звала ее на помощь. По данным медицинской документации в 31 год впервые случился «приступ» с дрожью во всем теле, сердцебиением, рвотой, подергиванием угла рта, шеи, левой ноги и руки, распространившиеся на правую половину тела. Приступ длился более 5 минут, не сопровождался потерей сознания. Приступы возникали 1–3 раза в неделю, всегда одинаковые. Была поставлена на наблюдение в ПНД с диагнозом эпилепсия, получала фенобарбитал, транквилизаторы, при этом частота пароксизмов не уменьшалась. С момента появления приступов всегда был снижен аппетит, отмечался плохой ночной сон – трудности засыпания и частые пробуждения, постоянно чувствовала себя уставшей, не хватало энергии, была раздражительной. С 29 по 37 лет похудела с 96 кг до 50 кг. В 35 лет появился страх умереть. Покрестилась в баптистской церкви, стала периодически посещать храм, что на некоторое время облегчало состояние. Таким состоянием оставалось до 37 лет, когда внезапно обнаружила, что сон улучшился, появилась активность, была полна энергии. Прекратились приступы. Таким образом, период сниженного настроения длился около 8 лет. Познакомилась с мужчиной с уголовным прошлым, встречалась с ним, наслаждалась комплиментами, которых никогда не слышала от прежнего мужа. Настроение было приподнятым. В 39 лет развелась с мужем по собственной инициативе, продолжила общаться с другими мужчинами. Набрала вес, к 39 годам весила 80 кг, была снята с наблюдения ПНД. Таким образом, период приподнятого состояния длился в течение 2 лет. После чего настроение вновь стало снижаться, отмечала подавленность, нежелание чем-либо заниматься, не ощущала мотивации «двигаться вперед». 39 лет, чтобы поднять настроение накануне рабочей недели выпивала 250 граммов водки, считала, что это дает ей некоторую бодрость на рабочую неделю.

В 40 лет состояние вновь изменилось, что связывала с тем, что у нее стали проживать два племянника, один из которых алкоголизировался, а другой был нездоров психически. Тяготилась их присутствием в доме, необходимостью бытовой опеки. Снизилось настроение, постоянно испытывала внутреннее напряжение, вновь нарушился сон, хотелось замкнуться, уединиться. Приступов не отмечала, лишь иногда возникало ощущение, что идет как по вате. После того, как племянники уехали, настроение оставалось сниженным, беспокоило постоянное чувство напряжения, не могла расслабиться.

Состояние существенно изменилось в 41 год на фоне серии психотравмирующих событий: узнала, что дочь собирается выйти замуж. Сразу поняла, что со стороны жениха и его родителей это «ход по расчету, из-за жилплощади дочери». В категоричной форме отговаривала дочь от брака, уверяла, что жених ее не любит, что сама это слышала. Также в тот период мужчина, с которым сама пациентка встречалась, отказался вступать с ней в законный брак. Переживала выраженные боли, в связи с тем, что протезировала зубы. На фоне этих переживаний перестала есть, стала худеть. Испытывала отвращение к пище, ощущала ком в горле, по утрам бывала рвота. Периодически беспокоили резкие боли в различных частях тела. Болела кожа, не могла прикоснуться расческой к голове. Обследовалась у интернистов, подозревала у себя тяжелое соматическое заболевание. Работала через силу – периодически ездила в Москву за тканями для игрушек. По утрам было трудно заставить себя встать с кровати, не было интереса к жизни, в течение дня ощущала упадок сил. Ощущала себя одинокой, никому не нужной. Ругала себя за никчемность, за то, что не может полноценно работать, материально обеспечивать себя. Временами не хотелось жить, чувствовала полное отчаяние. Периодически возникали состояния с внезапной кратковременной потерей сознания без судорог, когда оседала на пол. Состояние отмечалось после того, как друг, с которым больная проживала, в грубой форме, криком, заставлял ее есть. Раздала ключи от дома пятерым друзьям, которые по очереди навещали ее, покупали продукты, кормили с ложки. Периодически отмечала улучшение, но полностью здоровой себя не чувствовала. В 43 года перенесла смерть матери. Ездила на похороны в г. Орел. Там ощутила подъем настроения – «стояла весна, все цвело, наслаждалась запахами сирени». Вернувшись в Салехард, настроение вновь снизилось. В 44 года вновь поехала в Орел на годовщину смерти матери. Внезапно почувствовала резкие боли в животе – «как будто мина внутри разорвалась», затем боль разлилась по ногам, после чего поняла, что не может ходить, «ноги перестали слушаться». Была госпитализирована в хирургию, патологии не обнаружили. Самолетом была дочерью переправлена в Салехард, где была госпитализирована в дневной стационар

ПНД. Получала лечение реланиумом и мексидолом в/в капельно. После выписки ощущала слабость, все время лежала, не могла себя элементарно обслуживать, ухаживали друзья. Ощущала, что мысли текут медленно, голова была «как ватная». Однократно во время засыпания внутренним взором видела перед собой красивую молодую женщину, похожую на куклу Барби, которая говорила ей: "Хватит притворяться". Спустя несколько месяцев ощутила подъем настроения, прилив сил, взялась за работу, мысли текли быстро, ощущала взбудораженность. Подъем настроения длился около месяца. Затем оно вновь снизилось. С 45 лет ровного настроения более не отмечала. Спад переходил в подъем и наоборот. Периоды сниженного настроения длились дольше. Регулярно госпитализировалась в дневной стационар ПНД. В течение последнего года периоды сниженного настроения участились. В 47 лет на фоне депрессии, а также после серьезной ссоры с дочерью, которая отказалась от дальнейшего общения с ней и заявила, что пациентка ей «больше не мать», появилась головная боль, тошнота, рвота, резко пропал аппетит, нарушилась походка с ощущением, что земля уходит из-под ног, что идет «как по вате», окружающее воспринималось сквозь пелену, стало трудно разговаривать, подбирать слова, нечетко соображала, возникло ощущение «ваты в голове». Затем появились боли в теле - ломота, ощущение «рвущейся кожи, разламывания черепа». Кричала от боли. Облегчение ощущала только в ванне с горячей водой. Была госпитализирована в хирургию, патологии не обнаружили, отпустили домой. С этого времени ничего не помнит, знает со слов друзей, что ушла в лес через дорогу от дома, где была обнаружена в тот же день незнакомыми людьми в состоянии беспамятства. Была приведена домой. Потом ей стало казаться, что она находится в Швеции, узнавала лишь некоторую мебель, считала, что друзья, чтобы сделать ей приятное перевезли ее в новый дом в Швеции, сколько длилось это состояние не помнит. Тогда же видела подруг, которые пришли к ней и позвали на аттракционы, «похожие на гильотину, режущую детей на части». Видела, что плед, которым укрывалась, был весь в крови, снимала с пледа кровь, человеческие части. Говорила вслух, что нужно спасать детей. На полу видела могилы. Страха не испытывала, пребывала в недоумении. В сентябре, когда на фоне приема транквилизаторов состояние стало чуть лучше, была отправлена в г. Сочи к дочери, где помирилась с ней и постепенно пришла в себя. В октябре, ноябре 2017 г. настроение было приподнятым, была активна в быту, убиралась, готовила. По возвращении в Салехард, обнаружила, что дома вышла из строя система отопления, водоснабжения, канализации. В течение месяца занималась восстановлением, настроение было смешанным, вместе с бодростью чувствовала тревожное возбуждение, напряжение. После разрешения проблем вновь вернулась прежняя симптоматика, отличающееся от предыдущего отсутствием видений, в связи с

чем обратилась за помощью в ФГБНУ НЦПЗ и была госпитализирована в декабре 2017 года.

Психический статус:

Всесторонне ориентирована правильно. Выглядит старше своего возраста. Волосы седые, причёсана неаккуратно, одета опрятно. Косметикой не пользуется, украшений нет, носит очки. Во время разговора лежит в кровати, встать на ноги не может, с готовностью показывает места на теле, где испытывает неприятные ощущения, при этом оголяет ноги для демонстрации описываемых нарушений. Беседу сопровождает жестикуляцией, движения резкие. Мимика обеднена. Говорит в обычном темпе, трудно перебиваема, многоречива. На вопросы зачастую отвечает в русле своих переживаний, не даёт задать дополнительные, поскольку стремится договорить начатую фразу, мысль. Отдаляется от сути вопроса, речь зачастую в форме монолога. При попытках направить разговор в другое русло просит не перебивать и выслушать до конца, уделить ей внимание. Обстоятельна в описании своих переживаний, заходит издалека, а при воспоминаниях приводит в примеры незначительные факты. В ходе разговора неоднократно спрашивает о возможности излечения, является ли её проблема медицинской.

Предъявляет жалобы на то, что не может ходить, «не слушаются ноги», ощущает в них сильную слабость, что земля ощущается как «ватная». Предъявляет жалобы на разнообразные неприятные ощущения в теле, появляющиеся вне связи с физическими нагрузками и стрессами. Подробно описывает, что постоянно испытывает сдавливающие головные боли, чувство стягивания рук, непроизвольного разгибания и сгибания пальцев ног, постоянный «ком в горле», который мешает дышать и вызывает тошноту. Жалуется, что из-за головных болей эпизодически видит окружающее «как будто через пелену». За грудиной ощущает тяжесть, как будто через всё её тело «пронизана металлическая проволока, которая изнутри сдавливает и сковывает» всё её тело, ощущает сетку в глазу, из-за которой не может нормально смотреть. Не чувствует привычную работу мышц, притупилось восприятие физических нагрузок, сообщает, что не может привычно двигаться из-за этого. Ощущает скручивания конечностей, чувствует, как «обвивающие ноги раскаленные проволоки» растягивают и прожигают ее конечности в разных направлениях. Сообщает, что некоторое время назад видела кратковременные устрашающие видения, в которых «маленьких детей расчленило на аттракционах». Жалуется на провалы в памяти, когда не помнит, чем занималась в течение нескольких часов, как оказалась в том или ином месте. Добавляет, что помимо этого притупились эмоции к окружающим её людям, утратила прежнее чувство радости и сопереживания, не испытывает эмоционального отклика от общения, каких-либо приятных событий.

Сокрушается, что в таком состоянии не может жить дальше, что она утратила свою личность. Не отрицает суицидальные мысли, но заявляет, что никогда не совершит суицидальную попытку, поскольку это является самым тяжким грехом. Настроение снижено с преобладанием тревоги за своё здоровье и будущее, а также нежеланием что-либо делать, слабостью. Отмечает, что тревога эпизодически усиливается, когда ощущает страх смерти от неизвестного заболевания, отмечает нехватку воздуха, учащенное сердцебиение, приливы жара и холода. Сообщает, что в такие моменты появляются устрашающие видения, которые спустя короткое время забывает. Сон нарушен по типу трудностей засыпания. Аппетит снижен, за полгода похудела на 10 кг.

Соматический статус:

Кожные покровы теплые, сухие, чистые. Умеренного питания. ИМТ=21. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается; АД на момент осмотра 124/86 мм. рт. ст.; ЧСС=ps=67 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=18 в мин., хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус:

Лицо симметрично. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет. Данных за острую неврологическую патологию нет.

В течение первой недели госпитализации не вставала с кровати, «опасалась» падений, посещала санитарную комнату в сопровождении персонала, с трудом принимала пищу, просила помощи в «кормлении». Во время врачебных обходов, гиперболизировала свои жалобы, приукрашивала свое состояние, просила помощи у врачей, когда получала «мало внимания», «корчилась от боли», изгибалась в «дугу», кричала, подобные состояния редуцировались назначением внутримышечных инъекций транквилизатора. В то время, когда оставалась одна в палате, свободно пользовалась телефоном, общалась с подругами, преимущественно монологом, содержание которого составляли исключительно переживания и беспокоящие жалобы, о которых также многократно сообщала лечащему врачу, вызывая его по несколько раз за день. Спустя неделю терапии, за которую познакомилась с другими пациентами, двигателью активизировалась, начала самостоятельно вставать с постели, перемещаться по отделению. В отделении адаптировалась постепенно. Вначале держалась обособлено, время проводила в основном

в палате, занимаясь чтением книг и общением с одной пациенткой. Затем стала общительнее, часто находилась в кругу других больных за просмотром телепередач, настольными играми. На фоне проводимой терапии с использованием комбинаций различных препаратов можно было отметить значительную положительную динамику в состоянии: уменьшилась степень выраженности тревожного аффекта с нормализацией ночного сна, снижалась интенсивность переживаний за свое здоровье, редуцировались неприятные ощущения в теле, нормализовалась функция опорно-двигательного аппарата, после чего настроение полностью выровнялось. На третью неделю лечения нормализовались когнитивные функции, перестала предъявлять жалобы на ухудшение памяти. В стационаре провела 31 день и была выписана домой с рекомендациями приема поддерживающей терапии.

Катамнестическое наблюдение.

После выписки регулярно принимала поддерживающую терапию: clomipramini 50 мг/сут, carbamazepini 300 мг/сут, promazini 50 мг/сут, amantadini 150 мг/сут. Амбулаторно наблюдалась у психиатра, самостоятельно корректировала дозировки назначаемого лечения в связи с улучшением состояния. Чувствовала себя хорошо, сохранялся ровный фон настроения с ситуационно зависимыми периодическими колебаниями в сторону повышенного, была в меру активной, неоднократно гостила у дочери в г. Чехове, помогала в воспитании внуков, планировала переезд в Москву. В марте 2019 года, купив квартиру в г. Чехов, переехала из г. Салехарда. Во время переезда часто стала пропускать прием препаратов. С этого времени стала отмечать изменения в своем состоянии: отмечала сниженное настроение, периодически появлялась нежелание чем-либо заниматься, отмечала быструю утомляемость при выполнении привычной для нее работы. Сильное ухудшение состояния началось после эпизода употребления алкоголя в компании дочери и ее мужа в начале сентября 2019 года, когда возобновились сильные, непрекращающиеся, мигрирующие боли во всем теле, частые головокружения. Еще больше снизилось настроение, стала раздражительной по отношению к своим близким, вместе с этим нарастала тревога за свое состояние, которая проявлялась чувством давления за грудиной. Также пропал аппетит (похудела за неделю на 6 кг), появилось отвращение к любым запахам. В течение светового дня все время залеживалась в постели, нарушился сон по типу трудности засыпания, видела образ дочери, которой на тот момент в квартире не было. В ночь перед госпитализацией, при вставании с постели, потеряла сознание. В связи с данным состоянием обратилась на консультацию в НЦПЗ, после чего была повторно госпитализирована.

Психический статус:

В кабинет входит неуверенной походкой. Движения замедленные. Выглядит соответственно своему возрасту. Одет опрятно, в спортивную кофту, спортивные обтягивающие штаны. Макияж, маникюр отсутствуют. Волосы короткие, распушенные. Беседует с врачом неохотно, утверждает, что не может говорить о своем состоянии при большом количестве людей. Во время беседы сидит неподвижно, скрестив руки на коленях. Движения, жестикация отсутствуют. Выражение лица печальное, на глаза часто наворачиваются слезы. Мимика обеднена. Голос тихий, речь интонационно не насыщена. Во время беседы быстро раздражается в ответ на задаваемые вопросы, отвечает «с вызовом», напориста. Перед ответом длительное время молчит, просит задавать наводящие вопросы. Отвечает на вопросы по существу, правильно, последовательно. Пассивно соглашается со всеми утверждениями врача, редко высказывает свои мысли. Склонна к драматизации жалоб, бравирует своим состоянием.

Предъявляет жалобы на сниженное настроение «в течение последних нескольких месяцев» с преимущественным проявлением беспредметной постоянной тревожности, тоски по «здоровому состоянию». Отмечает, что ощущает постоянную общую слабость, отсутствие физических сил, подавленность, отсутствие желания чем-либо заниматься, залеживается в постели. Жалуется на головные боли «по типу каски», боли в области позвоночника, снижение чувствительности пальцев рук. Сообщает, что «потеряла обоняние», не воспринимает никаких запахов. Отмечает эпизодические головокружения, нарушение координации движений, что проявляется преимущественно во время конфликтов с близкими, в эти же моменты отмечает «ком в горле», онемения кистей рук, приливы жара, слабость и затруднения в движениях нижних конечностей, «потерю сознания», которую описывает как оседание на пол. Предъявляет жалобы на отсутствие аппетита, сообщает, что не ела в течение последних двух недель, и ассоциированный двухнедельный запор с отсутствием позывов к дефекации. Сон медикаментозный. Критика к своему состоянию формальная. Настроена на лечение. Суицидальные мысли отрицает, интенции отсутствуют.

Соматический статус:

Кожные покровы теплые, сухие, чистые. Умеренного питания. ИМТ=21. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается; АД на момент осмотра 129/90 мм. рт. ст.; ЧСС=ps=63 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=18 в мин., хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус:

Лицо симметрично. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет. Данных за острую неврологическую патологию нет.

С первых дней пребывания в отделении быстро освоилась в отделении, нашла общий язык с соседями по палате, держалась доброжелательно, была вежлива, сама стремилась к контакту, в котором держала акцент на собственных переживаниях и историях из жизни. Во время обхода врачей требовала повышенного внимания, задавала множество вопросов о своем состоянии, была избирательна в назначаемых препаратах, расспрашивала об их действии. В течение первой недели лечения была избирательна в еде, питалась только жидкой пищей, нарушений функции желудочно-кишечного тракта не отмечалось. В первые две недели госпитализации по-прежнему жаловалась на сниженный фон настроения, подавленность и тоску, оставаясь одна в палате могла плакать, долго не рассказывала о своих переживаниях, ожидая утешения. Слабость в ногах нивелировалась постепенно, на фоне проводимой терапии, полностью редуцировалась на второй неделе лечения, самостоятельно выходила на прогулки в обществе других пациентов. Снижение настроения и возникновение неприятных телесных ощущений, а также обморочных состояний, были ситуативны и возникали в периоды одиночества и отсутствия внимания со стороны медицинского персонала, или во время конфликтных ситуаций с другими пациентами. В состоянии пациентки оставалась преобладать тоска и подавленность, связанная с бесперспективностью будущего, отсутствием работы и близких рядом. Продолжала внимательно относиться к своему психическому здоровью, с фиксацией на нарушениях мышления, под которыми подразумевала трудности усвоения текста. Несмотря на это в многочисленных беседах с врачами когнитивных нарушений не выявлялись. Проводя время в стационаре, больная с удовольствием занималась музыкой с другими пациентами, что, по ее словам, «придавало сил в борьбе с болезнью». На третью неделю лечения, после подбора терапии, состояние с быстрой положительной динамикой, нормализовался фон настроения, ушла тоска, перестала жаловаться на беспокойство за свое здоровье, редуцировалась тревога, появилась мотивация к деятельности, стала активнее, энергичнее, полностью прошло ощущение слабости в мышцах, исчезли обморочные состояния, уверенно перемещалась по отделению и на прогулках. Была рада, что за время госпитализации приобрела новых друзей, с которыми была настроена поддерживать отношения и после выписки. Состояние стабилизировалось за 4 недели

стационарного лечения. На момент выписки оставались жалобы на эпизодическую слабость в ногах, явления тахикардии, потливости, приливов жара в конфликтных ситуациях преимущественно, когда от больной что-то требовали. После выписки было рекомендовано дальнейшее консультативное наблюдение врачом-психиатром.

Анализ наблюдения.

Состояние на момент осмотра определяется как становление медикаментозной ремиссии после перенесенной повторной тревожно-апатической депрессии с диссоциативно-конверсионными симптомами. На момент выписки из стационара отмечается эутимический фон настроения, нивелирующаяся конверсионная симптоматика, остаточные явления астазии-абазии.

На протяжении заболевания больная перенесла несколько депрессивных фаз, одни из которых имели четко очерченные сроки развития, другие были более размыты во временных границах, а также перемежающиеся с ними гипоманиакальные и маниакальные фазы. Психопатологическая структура депрессивных фаз содержала расстройства собственно аффективного круга в виде тревоги, апатии, астеноподобных проявлений, правильного суточного ритма, нарушений сна, аппетита, суицидальных мыслей, ипохондрической сверхценной фиксацией, а также массивных истерических расстройств: истерические припадки и обмороки; истерические конверсии: двигательные – параличи и парезы, истерический ком, вегетативные – тошнота и рвота, чувствительные – онемения, парестезии; явления астазии-абазии; истерические алгии; истерические помрачения сознания с наплывом ярких образных устрашающих или нейтральных, но всегда психологически понятных обманов восприятия (мертвые дети, Швеция, где работал бывший муж, упреки женщины похожей на Барби, говорящей, хватит притворяться); явления истерической псевдодеменции с псевдоапатическими расстройствами; истерические галлюцинации воображения. Можно говорить о психогенном характере вышеописанных расстройств, учитывая их возникновение вслед за нежелательной для интереса больной ситуацией во время развернутой депрессивной фазы. Помрачение сознания можно расценивать как истерическое, учитывая психогенное возникновение, яркость образных представлений, характер обманов восприятия, сохранность воспоминаний о содержании приступа и амнезию событий реальности, параллельно с пространственной и временной дезориентировкой, а также длительность эпизода и ассоциированную аффективную насыщенность.

Гипоманиакальные фазы не сопровождаются диссоциативно-конверсионной симптоматикой, даже вслед за психотравмирующей ситуацией.

Манифестацию заболевания можно отнести к послеродовому периоду, 29 лет, когда на фоне стертых аффективных расстройств появились пароксизмальные состояния в виде истерических припадков и массивных конверсионных расстройств. По мере течения заболевания происходит как углубление собственно аффективной симптоматики, так и усложнение пароксизмальных психопатоподобных расстройств, достигающих истерических помрачений сознания и диссоциативной амнезии. Такая динамика позволяет предположить, что происходит взаимное усиление тяжести как аффективной, так и психопатоподобной симптоматики.

Больна с детских лет. Разнообразные страхи как прообраз аффективных расстройств, суицидальные намерения, пароксизмоподобные состояния – сноговорение, вегетативные пароксизмы, а также астеноподобная симптоматика, имели место еще в детские годы, сочетаясь друг с другом. Имели место сквозные сверхценные идеи – с детских лет стремление к шитью, реализация этого в профессии.

Преморбидно личность можно отнести к акцентуированному тревожно-мнительному кругу с истерическими чертами, а также с включением шизоидных – эмоциональная холодность, незначительный интерес к сексуальным контактам, повышенная озабоченность, отсутствие близких друзей и доверительных связей, подверженность психогениям, сверхчувствительная внутренняя организация, заинтересованность в узких видах деятельности, стремление к уединению. Заболевание течет в виде биполярных фаз с континуальным течением. Формирование ремиссий прекратилось в 2007 году.

Ds: Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии с соматическими симптомами. Повторная тревожно-апатическая депрессия, протекающая с диссоциативно-конверсионной симптоматикой (F31.31).

4.1.2 Клинические особенности рекуррентного депрессивного расстройства с сопряженной истерической симптоматикой.

Формирование истерической симптоматики в рамках рекуррентного депрессивного расстройства отмечалось у 12 пациентов (33,33%) в данной клинической группе. Средний возраст для пациентов данной группы составил $39,5 \pm 8,92$ лет. Соотношение мужчин и женщин составляло 2:1.

Течение заболевания в 66,67% случаев характеризовалось как рекуррентное депрессивное с чередованием длительных затяжных

гипотимических фаз и формированием коротких медикаментозных ремиссий, и в 33,33% случаев - с формированием длительных, до нескольких лет, немедикаментозных ремиссий. Количество перенесенных депрессивных эпизодов составляло $3 \pm 0,89$. Депрессивные фазы были затяжными, а по структуре были представлены апато-динамической симптоматикой. Ремиссии были стойкими, носили медикаментозный характер, с полным редуцированием истерической и основной эндогенной симптоматики, длились $1,85 \pm 0,5$ года. Истерические расстройства развивались после психотравмирующего воздействия, на фоне второй и последующих депрессивных фаз, протекали клишированно.

Появление начальной симптоматики отмечалось до 40 лет (средний возраст $31,5 \pm 8$ лет), средний возраст манифестации заболевания составлял $32,5 \pm 8,83$ лет. Доманифестный этап заболевания характеризовался аутохтонным развитием аффективной симптоматики субклинического уровня. Манифестация заболевания протекала в рамках аффективного рекуррентного заболевания, с постепенным нарастанием истерической симптоматики на фоне депрессивной фазы. В структуре манифестных депрессий преобладали апатические, астенические и динамические проявления, с правильным суточным ритмом и витальностью проявлений, инсомнией, снижением аппетита и веса, основное место в картине заболевания занимали состояния истерических псевдодементных проявлений. В повторных аффективных фазах депрессивные состояния отличались относительной гармоничностью депрессивной триады и по психопатологической картине в большинстве случаев повторяли манифестные состояния, отличаясь от них лишь более быстрым темпом нарастания выраженности проявлений депрессии.

В рамках рекуррентного депрессивного расстройства возникновение истерической симптоматики в манифестирующем эпизоде отмечалось у 41,67% пациентов и у 58,33% обследованных пациентов возникновение

истерических расстройств отмечалось только во втором и последующих эпизодах.

Истерический симптомокомплекс у обследованных больных представлял собой преимущественно конверсионные нарушения, наряду с проявлениями диссоциативной симптоматики, исключительно в виде псевдодеменции. Конверсии были представлены преимущественно соматизацией ипохондрических жалоб: плегические и паретические явления правой руки при сверхценной кардиопатической фиксации, алгические явления по типу спазмов в абдоминальной области при гастропатической фиксации, плегические явления в области конечностей при полученных в анамнезе травматических воздействиях в данной области. На высоте депрессивного аффекта отмечались проявления астазии-абазии и нарушения чувствительности кожных покровов. Истерические расстройства постепенно развивались на фоне нарастания гипотимии и по мере стабилизации аффекта так же медленно редуцировались. Стоит отметить, что интенсивность проявлений истерической симптоматики была меньше, чем при других аффективных заболеваниях.

Также, стоит отметить гендерные различия истерической симптоматики у пациентов данной клинической группы, так, у мужчин (33,33%) встречались только явления конверсионной и соматоформной структуры, в то время как у женщин (66,67%) отмечалось сочетание конверсионных и диссоциативных расстройств.

Преморбидно обследованные пациенты данной клинической группы подразделялись на истерошизоидную 33,33%, психастеническую 25% и другие личностные акцентуации 41,67% (эмоционально-лабильная, гипертимная, эпилептоидная). У пациентов отмечались истерические характерологические черты, представленные в виде неадекватного, преувеличенного выражения собственных эмоций, манипулятивного симулянтного поведения, с целью привлечения внимания могли вести себя вызывающе, устраивать конфликты, имитировать ухудшение состояния. Эти

эмоциональные состояния, обычно, были кратковременны и зависели от окружающей ситуации.

На основании катамнестического наблюдения (группа из 7 обследованных случаев, что составило 13,73% от общего числа катамнестической группы, с длительностью заболевания $11\pm 2,49$ лет), депрессии характеризовались преобладанием апатических и астенических явлений, со временем к аффективной симптоматике присоединялись сверхценные идеи самообвинения, самооправдания, самоуничужения, нарастали проявления сверхценной ипохондрической симптоматики, на фоне длительного персистирования которых, в сочетании с конверсионной симптоматикой, происходил катализ депрессии в затяжную сенесто-ипохондрическую, а в 2 клинических случаях формировался ипохондрический и нигилистический бред. Нарастала социальная отгороженность, формировалось стремление к уединению. Набирали большой удельный вес сомато-вегетативные проявления – снижение массы тела, стойкие нарушения сна, снижение сексуального влечения, снижение общей чувствительности, агипногнозия, утрата эмоциональной отвлекаемости, спонтанные головокружения, тошнота. Истерическая симптоматика носила приступообразный, спорадический характер, развивалась исключительно в структуре аффективных эпизодов, протекала по типу клише и постепенно полностью редуцировалась. Также, для рекуррентного депрессивного расстройства было характерно отсутствие истерических проявлений в ремиссионных периодах и сохранение ипохондрической сверхценной симптоматики, предрасполагавшей к повторной актуализации соматоформных расстройств при возникновении психотравмирующего воздействия. Истерическая симптоматика в повторных фазах не теряла свою окрашенность, приобретала соматоформные черты, а диссоциативная симптоматика более не возникала. В катамнестической группе отмечалась инвалидизация по психическому заболеванию в 58,33% случаев. Акцентуированные истерические черты углублялись в сторону

психопатизации, что приводило к постепенной десоциализации, уменьшению активных социальных контактов, и в последующем обеднению истерической симптоматики.

Клинический случай №5.

Пац-т Н-ва, 56 лет.

Наследственность манифестными психозами не отягощена.

По линии матери:

Бабка: умерла в возрасте 83 лет от соматического заболевания, в течение жизни была разнорабочей. По характеру была общительной, жизнерадостной, энергичной, демонстративной, склонной к манипуляциям другими людьми, религиозной.

Дед: сведений нет, так как ушел из семьи, когда мать пациентки была еще ребенком.

Мать: умерла в 76 лет от соматического заболевания. Имела среднее-специальное образование. Работала бухгалтером на управляющей должности. По характеру была строгая, требовательная, педантичная, тревожная, вспыльчивая, но успокаивалась быстро.

По линии отца:

Бабка: умерла в возрасте 75 лет от соматического заболевания. В течение жизни была разнорабочей. По характеру была трудолюбивой, целеустремленной, заботливой, педантичной, стремилась к идеальному порядку во всем, была категоричной, прямолинейной.

Дед: погиб на ВОВ, вскоре после рождения отца пациентки.

Отец: умер в возрасте 65 лет от соматического заболевания. Имел высшее техническое образование. Работал инженером. По характеру был терпеливым, спокойным, рассудительным, трудолюбивым, справедливым.

Пациентка родилась от первой беременности, протекавшей без осложнений, роды физиологические в срок. Ранее психофизиологическое развитие соответственно возрастным нормам. Помнит себя со времени посещения ДДУ, куда была отдана в возрасте 3 лет. Адаптировалась легко, о расставаниях с матерью не переживала. Себя характеризует с одной стороны, как послушную девочку, с другой – как капризную, строптивую, шаловливую, требовательную, упрямую, которая могла добиться всего чего хотела. Так, из-за нелюбви к жесткому, по ее мнению, распорядку дня в детском саду, добилась от матери того, чтобы мать забирала ее после обеда. Со сверстниками легко находила контакт, с удовольствием общалась с ними, была жизнерадостной, активной. Имела много друзей, но близкую подругу всегда выделяла одну. Любила фантазировать,

мечтать. Из игр предпочитала подвижные. В семье больше была привязана к отцу, мать боялась, поэтому стремилась все сделать быстрее и лучше других, чтобы избежать ее упреков. Сногворения, снохождения не отмечалось. Ночной энурез сохранялся до 5 лет. Отмечала детский страх темноты, боялась чудовищ, которые могли прятаться в углах комнаты. Страх пропал к 10 годам.

В школу была отдана в возрасте 7 лет. Адаптировалась легко, проблем в общении со сверстниками и преподавателями не имела. Училась на «хорошо-отлично», лучше успевала по гуманитарным дисциплинам и математике, отличалась прилежным поведением, усидчивостью, получала удовольствие от ответов на уроках перед доской, стремилась выступать, всегда «поднимала руку», была уверена в себе. Параллельно окончила музыкальную школу, где так же отличалась прилежанием и хорошей успеваемостью. Свободное время проводила с друзьями, нравилось быть в центре компании.

Менструации с 11 лет, обильные, не болезненные, установились сразу, колебаниями настроения не сопровождались. В подростковом возрасте по характеру не менялась. С 15 лет стала озабочена своим внешним видом, считала себя «полной», склонной к полноте в связи с подобной проблемой у своих родственниц. По причине чего стала ограничивать себя в еде, придерживаясь однократного приема пищи в день, а также спортивных нагрузок в течение последующих 30 лет, пока не была диагностирована патология поджелудочной железы, в связи с которой была вынуждена придерживаться более калорийной и правильной диеты. В течение этих лет, придерживаясь своих взглядов в питании, была довольна своей «стройностью», считая, что этим «восполняет свою недостаточно красивую внешность».

В старших классах школы влюбилась в одноклассника, стеснялась признаться ему в этом, скрывала свои чувства, фантазировала по поводу их будущих отношений в течение нескольких лет. На его попытки привлечь ее внимание реагировала специально негативно, рассчитывая тем самым больше его заинтересовать. По своему желанию поступила на учебу в МГИМО. Адаптировалась легко, учиться нравилось. В течение усердных занятий постепенно отвлеклась от влюбленности. Во время учебы в университете свободные часы тратила на прогулки с друзьями и чтение профессиональной литературы, совершенствование своих знаний. На 2 курсе, во время встречи выпускников школы вновь встретила свою пассию, ответила взаимностью на его ухаживания. После чего стала поддерживать с ним романтические отношения и впоследствии вышла за него замуж.

В 20 лет забеременела и родила ребенка. Беременность протекала без осложнений, роды физиологические, со стимуляцией. После родов снижения настроения не отмечала.

Была тревожной матерью, но, по ее мнению, больше заботилась о муже, обделяя ребенка достаточной любовью.

В 21 год вместе с мужем уехала в Анголу, из-за чего пришлось оставить обучение в ВУЗе. Впоследствии окончила коммерческий вуз по специальности «аудит». Пока проживала с мужем в Анголе, работала в посольстве секретарем. В 23 года вернулась вместе с мужем обратно в СССР. С первым мужем взаимоотношения не сложились, поскольку у них были «разные ценности в жизни», страдала от его ревности и агрессивного поведения, вплоть до рукоприкладства. Оформила развод по собственной инициативе в 33 года, в связи с чем испытала облегчение.

Работала в школе, учителем английского языка. В течение жизни всегда была активной, любила заниматься хозяйством, приглашать в дом большие компании, посещать модные культурные мероприятия, быть в центре внимания, все делала легко и с удовольствием. В 35 лет вышла замуж повторно, за коллегу, взаимоотношения в семье складывались ровные, спокойные. Мужем характеризуется как взрывная, со склонностью к драматизации, «истерикам» со слезами, бросанием предметов, при этом ранимая, чувствительная, не терпящая хамства и грубости; всегда добивается поставленной цели, действует всегда по правилам.

В 41 год была произведена операция удаления матки и кист яичников к чему отнеслась спокойно, объясняя это тем, что «ребенка уже родила». В этом же возрасте перенесла смерть отца, отмечала нерезкое снижение настроения с ощущением тоски в течение месяца, после чего состояние стабилизировалось самостоятельно.

В течение всей жизни отмечала суточный ритм в состоянии: было трудно просыпаться по утрам, чувствовала слабость, вялость, отмечала пониженные цифры АД. Просила не ставить себе преподавание первых уроков на работе в школе, в связи с чем возникали конфликт с начальством. В 46 лет в утренние часы стала отмечать «дрожь рук и ног», ощущение внутреннего озноба, неприятные ощущения стягивания головы «как клещами», которые строго отличала от болей, стали отмечаться повышенные цифры АД. Данные состояния носили приступообразный характер и купировались приемом анаприлина, успокоительных микстур, которые со временем перестали помогать. В дальнейшем с этой же целью принимала 30 мл коньяка. В связи с состоянием сократила нагрузку на работе и впоследствии уволилась, начала преподавать английский язык частно. Утренние приступы постепенно расширились, к ним присоединились ощущение «тяжести головы», резкая сжимающая головная боль, непроизвольное слезотечение, при этом нарушалась координация движений, сначала была неустойчивость походки с внутренним головокружением, впоследствии не могла даже стоять, также отмечалась

вязкость, смазанность речи, стала жаловаться на снижение памяти на текущие события. Ухудшение состояния провоцировалось психотравмирующими обстоятельствами. Со слов мужа, во время ссор или на пике неприятных ощущений в голове могла становиться взбудораженной, отмечалась хаотическая двигательная активность, металась по квартире в течение нескольких минут, после чего забывала о происходившем. Лучше чувствовала себя в летний период времени, с удовольствием проводила время в одиночестве на даче, занималась огородом. Настроение было неустойчивым, преобладали периоды сниженного с нежеланием чем-либо заниматься, общей слабостью, фиксацией на своем плохом самочувствии, тревогой за свое здоровье, реже - чувствовала себя удовлетворительно. В 47 лет состояние стало ухудшаться отчетливее, в основном связывала это с серьезной болезнью матери. В это время помимо предыдущих жалоб, стала ощущать тревогу за жизнь матери, участились периоды неприятных ощущений и головных болей, полностью пропал сон, спала по несколько часов в день, снизился аппетит. Отмечала повышенную утомляемость и ослабленность, не могла встать с кровати, в связи с чем обратилась на консультацию к психиатру, после чего была госпитализирована в НЦПЗ в сентябре 2015 года.

Психическое состояние.

В кабинет входит неуверенной, неустойчивой походкой, при передвижении необходима поддержка со стороны. Движения замедлены. Выглядит старше своего возраста. Макияжем не пользуется. Нормостенического телосложения. Одеты неприятно, в мешковатую одежду. Волосы распущены, чистые. Во время беседы сидит спокойно, позу практически не меняет, жестикуляция отсутствует. Руки держит собранными «в замок» на коленях. Выражение лица безразличное, страдальческое. Мимика обеднена. Голос тихий. Речь в замедленном темпе, дизартричная, интонационно ненасыщенная. Отвечает на вопросы в плане заданного, но с задержкой, необходимой для того, чтобы «собраться с мыслями». В беседе обстоятельна, резонерствует, часто отклоняется от ответа, повторяя жалобы. Ипохондрична. Раздражительна. В состоянии отмечаются симптомы алкогольного опьянения – смазанность речи, запах алкоголя.

Предъявляет жалобы на «отсутствие» настроения. Отмечает, что бездеятельна, отсутствует желания чем-либо заниматься. Сообщает о физической и психической слабости, о безразличии к окружающему. Отмечает повышенную утомляемость, «бессилие», говорит, что не может заставить себя встать с кровати, обслуживается мужем. Жалуется на неустойчивость походки, «ватность ног», внутренние головокружения, «неприятные» болезненные ощущения в ногах без четкой локализации, потерю

чувствительности на внутренней стороне предплечий и на двух пальцах рук – безымянном и мизинце. Жалуется на эпизоды тревоги беспредметного характера, которая проявляется ощущением «дрожь» в области живота. Сообщает, что данное состояние купируется исключительно приемом крепкого алкоголя – коньяка 30 мл. Сон нарушен по типу трудностей засыпания. Аппетит в норме. Суицидальные мысли отрицает. Критика к своему состоянию отсутствует, считает себя здоровой, а обращение в клинику объясняет инициативой родственников.

Соматический статус.

Кожные покровы теплые, сухие, чистые. ИМТ=22. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается; АД на момент осмотра 94/66 мм. рт. ст.; ЧСС=ps=91 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=18 в мин., хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус.

Лицо симметрично. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет. Данных за острую неврологическую патологию нет.

В течение госпитализации перенесла смерть матери, к чему отнеслась с тяжелыми переживаниями, в связи с чем срок стационарирования был продлен. В отделении не была деятельной, общительной, время проводила в постели или по долгу смотрела в окно, в общении с медицинским персоналом отвечала кратко, глубоко вздыхала, плакала, оседала на кровать, закрывала лицо подушкой, отказывалась от общения, ссылаясь на «тяжелое состояние» и «непереносимость» людей рядом. Когда выходила из палаты в столовую или уборную, оседала на пол симмулируя обморочное состояние. Жаловалась на бездействие врачей, низкую эффективность лечения, отсутствие внимания со стороны родственников. За время лечения отмечалась резистентность к проводимому лечению, в том числе к транквилизаторам. Состояние стабилизировалось медленно, фон настроения выравнивался длительное время, сохраняясь в рамках субдепрессивного фона с суточными колебаниями и с преобладанием апатии и мышечной слабости. Нарушения сна характеризовались стойкостью, редуцировались спустя месяц лечения. Истерическая симптоматика проходила опосредованно с медленным становлением ровного фона настроения, но на момент становления медикаментозной ремиссии все еще отмечались

эпизодическая потеря контроля нижних конечностей в стрессовых ситуациях. Выписалась из НЦПЗ спустя 2,5 месяца госпитализации в удовлетворительном состоянии на фоне полной редукции симптоматики.

Катамнестическое наблюдение.

В дальнейшем работать не начинала, вела домашнее хозяйство, занималась этим с удовольствием, выезжала на дачу, читала книги. Поддерживающую терапию принимала по схеме. В декабре 2016 года перенесла плановую операцию на позвоночнике, после которой проводила длительный реабилитационный период в постели, опасаясь возможных осложнений. В связи с этим часто возникали ссоры с мужем, который пытался наоборот стимулировать ее к деятельности. После того, как начала свободного передвигаться, ссоры с мужем не прекратились, преимущественно носили характер «непонимания» ее самочувствия и бытовых проблем. Состояние стало ухудшаться с весны 2017 года, когда без видимых причин постепенно снизилось настроение,росло нежелание чем-либо заниматься, стали возникать эпизоды тревоги за свое состояние. Нарушился сон, поначалу была сонлива, спала большую часть суток, но впоследствии стало труднее засыпать, сон стал укорачиваться. Жаловалась на нехватку энергии, сил и мотивации для деятельности. Со слов мужа ночью во время сна, проснувшись, могла начать собирать вещи для мнимой поездки, не поддавалась разубеждению, только после приема таблетки феназепама засыпала, а наутро не помнила о происходившем. С начала лета 2017 года состояние еще более усугубилось. Стала вновь ощущать «дрожь» в области живота, носившую характер неприятных ощущений, прием транквилизаторов не помогал, в связи с чем стала вновь стала употреблять 30 мл коньяка при каждом приступе «дрожи». С июля стала отмечать слабость в ногах, внутренние головокружения, с трудом передвигалась только с поддержкой мужа, не могла самостоятельно стоять на месте. Нарушился сон, пропал аппетит. В связи с состоянием вновь обратилась в НЦПЗ и была госпитализирована в сентябре 2017 года.

Психическое состояние.

В кабинет входит неуверенной, неустойчивой походкой, при передвижении необходима поддержка со стороны. Движения замедленные, диспластичные. Выглядит старше своего возраста, неопрятно. Макияжем не пользуется, волосы не причесаны, грязные. Одет в спортивную одежду. Во время беседы сидит спокойно, позу практически не меняет, жестикация отсутствует. Руки держит скрещенными. Выражение лица безразличное, страдальческое. Мимика обеднена. Голос тихий. Речь в замедленном темпе, интонационно ненасыщенная. Отвечает на вопросы в плане заданного, медленно, долго обдумывает ответ. Во время беседы часто вздыхает, закатывает глаза, выявляет

недовольство длительной беседой. В разговоре обстоятельна, резонерствует, часто отклоняется от ответа повторяя жалобы. Ипохондрична. Раздражительна.

Предъявляет жалобы на снижение настроения. Отмечает, что стала безынициативной, отсутствует мотивация к жизни, нет желания чем-либо заниматься, считает, что «больна навсегда», «никогда не избавится от этого состояния». Жалуется на ощущение общей слабости, преимущественно в ногах, сообщает, что временами не может ходить из-за слабости, что «ноги не слушаются», в связи с чем залеживается в постели. Отмечает, что слабость в теле и мышцах усиливается, когда от нее чего-то требуют. Предъявляет жалобы на ощущение тревоги за свое здоровье, которая проявляется эпизодическим беспричинным чувством «дрожии» в области живота, которая потом охватывает все тело. Сообщает, что единственным средством от «дрожии» является крепкий алкоголь, который принимает ежедневно. Отмечает, что ничего не чувствует в области кистей рук и предплечий, это ощущение усиливается и дополняется ноющей болью в моменты ссор с мужем. Сон нарушен по типу трудностей засыпания. Аппетит снижен. Суицидальные мысли отрицает. Критика к своему состоянию формальная, соглашается на лечение.

Соматический статус.

Кожные покровы теплые, сухие, чистые. ИМТ=21. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается; АД на момент осмотра 101/73 мм. рт. ст.; ЧСС=ps=88 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=18 в мин., хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус.

Лицо симметрично. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет. Данных за острую неврологическую патологию нет.

В отделении залеживалась в постели, говорила, что не имеет сил двигаться. Поведение было упорядоченным, отвечала на все вопросы, контактировала с другими пациентами, медицинским персоналом. Подолгу беседовала с лечащим врачом, постоянно рассуждала о конфликтах и недопонимании с мужем, на вопросы об алкоголизации отвечала уклончиво, приуменьшала количество потребляемого алкоголя. Фон настроения был неустойчивым – наблюдалось безразличие к окружающему, не хотела ничем

заниматься, к вечеру становилась раздражительной, гневливой. Вела себя демонстративно, просила проведения множества процедур, которые назначались другим пациентам. Была уверена в наличии у себя соматического недуга, который врачи «не могут найти». Когда видела, что врачи оказывают соседним по палате пациентам большее внимание, начинала жаловаться на мышечные боли, «судороги» в нижних конечностях, задыхалась. Спустя две недели терапии, стала самостоятельно перемещаться по отделению, выходить на прогулки, но уходить в домашний отпуск опасалась, считая, что дома состояние может ухудшиться. В общении с пациентами принимала ведущую роль, собирала вокруг себя большую компанию. На фоне терапии фон настроения полностью выровнялся, редуцировались истерические расстройства, однако у больной сохранялась убежденность в наличии соматического недуга, который в определенных условиях может вновь вызвать прежние симптомы. На момент выписки, у больной было сформировано представление, что «вылечиться» помогла не столько психофармакотерапия, сколько сепарация от мужа и постоянных конфликтов. Больная была выписана домой на поддерживающей терапии в удовлетворительном состоянии со становлением медикаментозной ремиссии.

Анализ наблюдения

На момент выписки из стационара состояние определяется становлением медикаментозной ремиссии после перенесенного депрессивного состояния с преобладанием апатического и астенического компонентов, тревожных пароксизмов с витальными проявлениями, конверсионной симптоматики, а именно проявлений астазии-абазии, конверсионных алгий, а также нарушениями сна по типу многократных и ранних пробуждений, витальностью тревожных проявлений и правильным суточным ритмом.

Личность пациентки можно расценивать как акцентуированную в рамках гистрионного круга с чертами сензитивности (в поведении с подросткового возраста прослеживалась сверхценная фиксация на своей физической привлекательности, эмоциональность, аффективная лабильность, склонность к экзальтированному состоянию, внушаемость, зависимость от мнения окружающих и от внешних обстоятельств, обидчивость и постоянное желание быть признанной).

Состояние в структуре заболевания является повторным. Предыдущий эпизод характеризовался эндогенной тревожно-апатической депрессией с проявлениями диссоциативно-конверсионной симптоматики (истерические атипичные панические атаки, астазия-абазия, истерические алгии, истерическая псевдодеменция, истерический обморок, припадок, хаотическая двигательная буря с последующей амнезией происходящего, что можно расценивать как истерическую фугу). Длительность

предыдущего эпизода составляла 3 месяца с выходом в полную стойкую ремиссию высокого качества. Длительность повторного состояния составляет 2 месяца.

Больна около 7 лет, начало заболевания характеризовалось субдепрессивным аффектом, ассоциированным с внешними обстоятельствами и постепенной актуализацией вышеописанной симптоматики.

Заболевание протекает с формированием аутохтонных эпизодов депрессивной структуры с формированием стойкой медикаментозной ремиссии высокого качества.

В связи с тем, что личность больной относится к акцентуированному гистрионному регистру, диссоциативно-конверсионную симптоматику можно расценивать как истерические формы реакции в ответ на внешние раздражители.

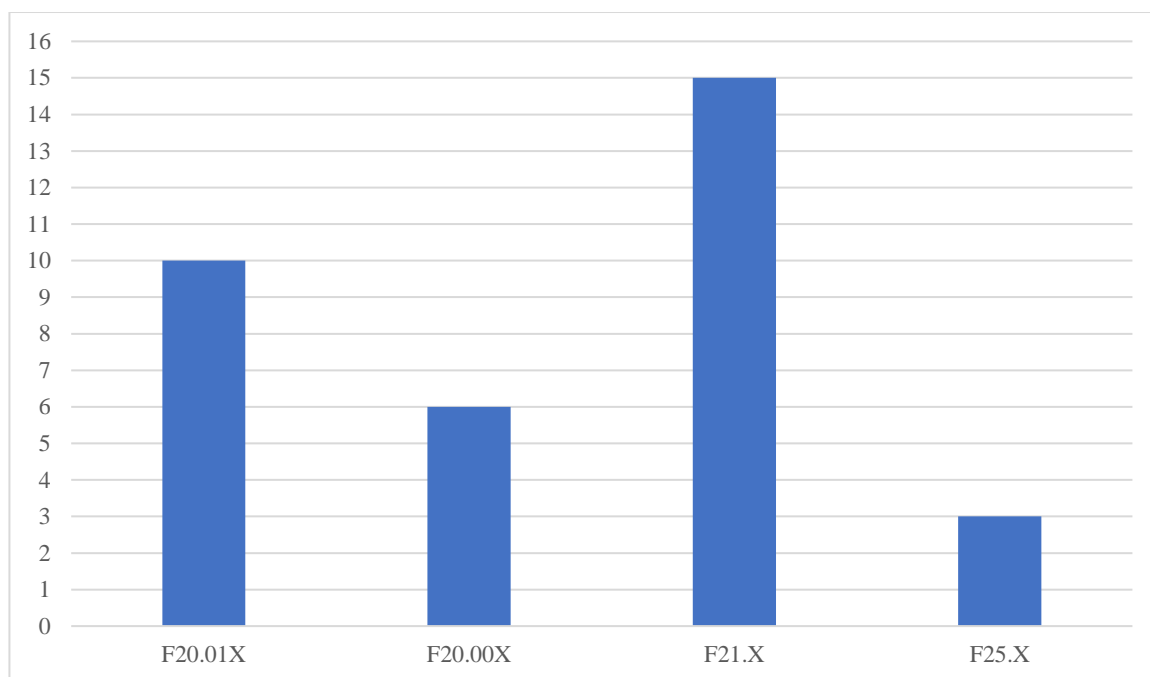
Ds: Рекуррентное депрессивное расстройство, повторный тяжелый депрессивный эпизод. Повторная тревожно-апатическая депрессия с конверсионной симптоматикой у акцентуированной личности гистрионного круга (F33.2).

4.2 Особенности эндогенных заболеваний шизофренического спектра, в рамках которых развиваются истерические расстройства.

В данную нозологическую группу вошли 34 пациента (из них 25 обследованы катamnестически), перенесших один и более психотический приступ, что составило 48,57% от общего числа обследованных. Соотношение женщин и мужчин составило 4:1.

В обследованной группе диагнозы согласно критериям МКБ-10, распределялись следующим образом: шизофрения параноидная с эпизодическим течением (10 случаев - 29,41%), шизотипическое расстройство (15 случаев - 44,11%) и шизофрения параноидная с непрерывным течением (6 случаев - 17,65%) и 3 случая 8,82% шизоаффективного психоза (см. диаг. 17). Средний балл по шкале PANSS на момент поступления в стационар составил 80 баллов, на момент выписки средний балл составил 45 баллов.

Диаграмма 17 - Диагнозы в группе эндогенных заболеваний шизофренического спектра.

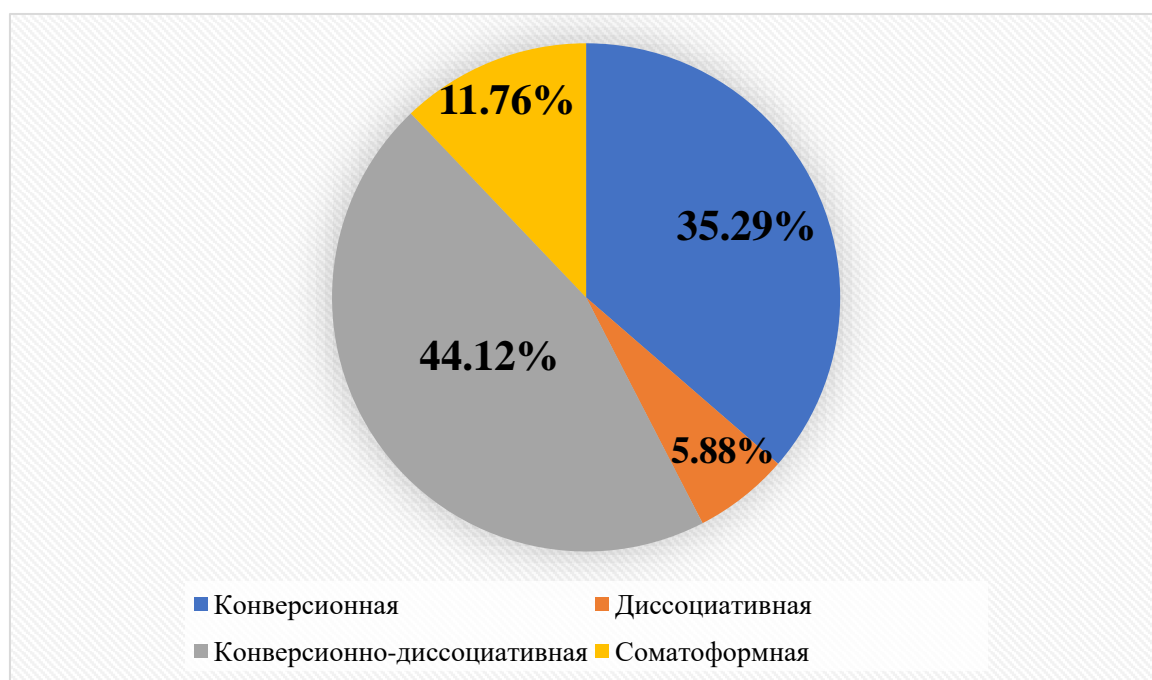


Инициальный этап эндогенного заболевания приходился на средний возраст $23 \pm 6,77$ года, и характеризовался преобладанием нарушений поведения в рамках акцентуации истерического круга, аффективной неустойчивостью с преимущественными проявлениями субдепрессивного фона. Продромальный этап заболевания 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 депрессивного-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-адинамическим (29,41%), полиморфной депрессией (11,77%).

В данной группе из регистра истерических расстройств, только конверсионная симптоматика отмечалась у 35,29% обследуемых, исключительно диссоциативная симптоматика у 5,88%, сочетание конверсионного и диссоциативного регистров отмечалось у 44,12%, а соматоформная симптоматика у 11,76% (см. диаг. 18).

Диаграмма 18 – Доля соучастия истерических расстройств в группе эндогенных заболеваний шизофренического спектра.



Истерические расстройства характеризовались отчетливыми гипофункциональными конверсионными нарушениями и были представлены анестезией кожных покровов, истерическими алгиями, по типу диффузных болей, паретическими явлениями обеих конечностей. Диссоциативные расстройства проявлялись по типу псевдоэпилептических припадков, псевдодементных состояний, истерических галлюцинаций, истерического

синдрома бредоподобного фантазирования. В том числе выявлялись расстройства соматоформного регистра (11,76%) – в рамках желудочно-кишечной, респираторной и сердечной системы. При сочетанном проявлении конверсионных и диссоциативных расстройств, последние носили преобладающий характер и перекрывали своими проявлениями конверсионные нарушения.

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями у родственников I степени родства отмечалась в 11,76% случаев, а с учетом II степени родства – у 8,82% больных. При этом среди психической патологии было выявлено явное преобладание патохарактерологических особенностей – 27,78%. Наследственная отягощенность аффективными заболеваниями у родственников отмечена в 27,27% случаев, а наличие эндогенного шизофренического процесса также выявлялось у 27,27%.

В данной клинической группе наследственная отягощенность шизофренией и аффективными заболеваниями встречались реже, чем в аффективной клинической группе, а также выявлялось преобладание у одного из родителей истерических акцентуированных или психопатических характерологических черт, наличие психологической травмы в анамнезе, внутрисемейных конфликтов, воспитание в условиях гиперопеки, а также истерические характерологические черты в преморбиде. В свою очередь у пациентов данной группы отмечался относительно высокий социальный статус к началу заболевания, что было связано с преобладанием истерических черт в характере, помогающих больным добиваться желаемого в социуме.

Пациенты данной клинической подгруппы воспитывались преимущественно родственниками с патохарактерологическими особенностями, такими как истерические, паранойяльные и эпилептоидные черты, а также часто в условиях повышенной моральной ответственности. С детства пациенты отличались капризностью, своенравием, зависимостью от мнения социума, обидчивостью, стремлением выделяться. Преморбидный

социальный статус отличался высоким уровнем, что было связано с доминирующими истерическими чертами в структуре личности, у пациентов отмечался высокий интеллектуальный уровень, хорошо учились в школе, имели хобби, такие как занятия музыкой, чтение, были социально адаптированы, занимали активную позицию в обществе, в котором оказывались.

4.2.1 Клинические особенности шизофрении параноидной с эпизодическим течением, протекающей с соучастием истерической симптоматики.

Группа составила 10 пациентов 29,41% в группе истерических расстройств, сочетанных с шизофренией. Средний возраст пациентов данной группы составил $29,5 \pm 9,16$ лет. Соотношение женщин и мужчин составило 4:1. Заболевание в преобладающем большинстве обследованных случаев характеризовалось приступообразно-прогредиентным течением с формированием депрессивно-бредовых приступов и длительных медикаментозных ремиссий в первые 7 лет болезни и последующим укорочением ремиссионных периодов в дальнейшем.

Появление инициальной симптоматики отмечалось до 25 лет (средний возраст $22,5 \pm 5,84$ лет), средний возраст продромальных расстройств составлял $23 \pm 6,2$ лет, а средний возраст манифестных явлений составлял $23,5 \pm 6,3$ лет. Манифестация заболевания носила аутохтонный характер, а возникновение истерической симптоматики было ассоциировано с психотравмирующей ситуацией, представленной конфликтами внутри семьи, с окружающими, проблемами на работе или вследствие сочетания этих факторов.

Пациенты данной клинической подгруппы воспитывались преимущественно родственниками с патохарактерологическими особенностями, такими как истерические, паранойяльные и эпилептоидные черты. В том числе в воспитании доминировали условия повышенной

моральной ответственности. С детства пациенты отличались сенситивно истерическими чертами.

Инициальный этап заболевания составлял $6 \pm 2,12$ месяца и включал аффективные колебания обоих полюсов с присоединением патологических фантазий, истерического синдрома бредоподобного фантазирования и истерических галлюцинаций воображения, которые имели аффективную окрашенность, развивались на психотравмирующую тематику.

Продромальный период характеризовался быстрым течением (3–4 месяца). Формировалась идеаторная фиксация, преимущественно на персекуторную, ипохондрическую и сексуальную тематику, предшествующие субпсихотические симптомы трансформировались в сопряженные бредовые идеи и псевдогаллюцинации.

Заболевание манифестировало остро с присоединением истерических расстройств в первом приступе. Структура первых приступов определялась синдромом Кандинского-Клерамбо, нередко отмечались истерические ступорозные состояния, которые требовали дифференциальной диагностики с кататонической симптоматикой.

Аффективные расстройства при шизофрении возникали спонтанно или по незначительному поводу, внешне больные выглядели постоянно взбудораженными, напряженными. Депрессивные переживания имели яркую окрашенность с преобладанием аффекта тоски, но, в то же время, со стремлением привлечь внимание окружающих. Так, у пациентов отмечались: безутешная плаксивость, спонтанная слезливость, причитания, заламывания рук, жалобы на «невыносимую душевную боль», «утрату вкуса к жизни». На этом фоне часто высказывали суицидальные интенции, эпизодически доходившие до демонстративных суицидальных попыток. К депрессивной симптоматике присоединялись выраженные астенические, тревожно-ипохондрические, паранойяльные явления, клиническая картина депрессии приобретала полиморфную, стойкую картину. Стоит отметить, что по мере нарастания аффективной симптоматики, проявления истерических

расстройств уменьшались, сменяясь нарастающими апато-астеническими или тревожно-ипохондрическими явлениями, больные становились менее двигательны активны, залеживались в постели, принимали состояние «обездвиженности», «покорности судьбе». По мере становления медикаментозной ремиссии у больных отмечалась регрессиентное развитие истерической симптоматики, вновь актуализирующейся по мере стабилизации аффекта и редуцирующейся на усилении психофармакотерапии.

В катамнестической группе в рамках повторных приступов с длительностью заболевания более 5 лет, вклад аффективных расстройств значительно уменьшался, отмечалась стереотипизация и клишированность галлюцинаторных и бредовых расстройств, которые становились отрывочными и упрощались. Уменьшалась взаимосвязь псевдогаллюцинаторных явлений с бредовыми идеями, бредовая фабула не развивалась в психотическом континууме, фиксируясь на идеях первых перенесенных приступов, лишь изредка включая черты новых психогений. Основной причиной повторных госпитализаций становились психотравмирующие ситуации, приводившие к актуализации истерической симптоматики.

Истерическая симптоматика в данной типологической группе была представлена конверсиями, такими как алгические, плегические, паретические явления, в том числе нарушения чувствительности, астазия-абазия, а также диссоциативными расстройствами в виде истерических псевдоэпилептических состояний, припадков с нарушением сознания и без нарушения сознания, явлениями истерического синдрома бредоподобного фантазирования, истерическими галлюцинациями, истерической псевдодеменцией, а также нарушениями поведения в рамках акцентуации истерического круга.

Истерическая симптоматика на начальных этапах заболевания была представлена преимущественно нарушениями поведения в рамках

акцентуации истерического круга и отличалась насыщенной и лабильной аффективностью, чрезмерной демонстративностью, непоследовательностью и гротескностью поведения, претенциозностью, внушаемостью и самовнушаемостью. Помимо этого, встречались транзиторные конверсионные расстройства по типу раздражения или выпадения (припадки, параличи, мутизм). Истерическая симптоматика напрямую коррелировала с развитием психотического приступа, редуцируясь на высоте остроты продуктивной симптоматики.

Истерические припадки преимущественно проявлялись без нарушения сознания (в 2 случаях с нарушением сознания по типу истерического сумрачного помрачения сознания), имели четкую психогенную обусловленность, развиваясь по механизмам подражания окружающим больным в отделении. Наиболее часто отмечались судорожные полиморфные разряды, в виде приступов удушья и сокращений мышц лица, конечностей, брюшной стенки.

Конверсионные нарушения отличались многообразием постепенно расширяющихся расстройств, таких как тремор конечностей, мышечные спазмы, выраженные явления астазии-абазии, «ком в горле», сочетающихся с вегетативными нарушениями, диспноэ, лабильностью пульса и артериального давления, внутренними головокружениями. На фоне усиления прогрессивности отмечалась трансформация истералгий в сенесталгические и сенестопатические явления.

Истерические расстройства на фоне развития паранойяльного синдрома носили ассоциированный с психотравмирующей ситуацией характер. Паранойяльные симптомы проявлялись в сочетании с яркими истерическими проявлениями: поведенческими – демонстративность, претенциозность, экспрессивность с рыданиями при преподнесении бредовой идеи окружающим. А также конверсионными расстройствами, облегчающими привлечение внимание окружающих, - такими как: астазия-абазия, паретические расстройства конечностей, истерические алгические

явления, носящие транзиторный, ситуационно зависимый характер. Встречалась также бредовая неприязнь к близким с конфабуляторной негативной оценкой их «враждебных» действий, направленных против больного, что дополнялось категорическими требованиями немедленной материальной помощи.

Галлюцинаторные нарушения у больных данной клинической группы носили, как правило, яркий драматический оттенок: оклики, стенания, мольба о помощи, «голос покойника». Зрительные обманы восприятия носили необычайно красочный, сценopodobный характер и отражали содержание психотравмирующей ситуации, а также предшествующих истерических галлюцинаций. Эпизоды галлюцинаторных проявлений сопровождались яркими эмоциональными реакциями страха, тревоги, тоски и подавленности.

Клиническая картина параноидных состояний развивалась подостро преимущественно после конфликта с родственниками, соседями по дому, изобличения во лжи, финансовых проблем. Психотическая симптоматика разворачивалась преимущественно на фоне астенодепрессивного состояния и характеризовалась идеями отношения, преследования, порчи, сопровождаясь яркими образными представлениями, слуховыми и, редко, зрительными галлюцинациями, отражавшими содержание психотравмирующей ситуации. Параноидные состояния также формировались на фоне предшествующих истерических конверсионных расстройств, обретая эффект «сделанности». В нескольких наблюдениях на фоне истерически суженного сознания эпизодически формировались бредоподобные фантазии, отличавшиеся пластичностью и аффективной насыщенностью, сочетаясь с истерическими конфабуляторными явлениями, полностью перекрывавшими воспоминания о психотравмирующем событии.

В данной клинической группе патохарактерологическое разделение пациентов было представлено акцентуацией шизоидного радикала в 60% случаев, истерошизоидного в 30% и психастенического в 10%. Преморбидно,

у всех пациентов отмечались такие характерологические акцентуированные черты, как манерность, капризность, театральность, демонстративность, эмоциональная лабильность, эгоцентризм, повышенная внушаемость и манипулятивное поведение.

Количество приступов в данной клинической группе составляло $3 \pm 1,56$, с формированием ремиссий длительностью $0,8 \pm 0,42$ года, высокого качества в первые 5 лет заболевания и снижением качества по мере роста прогрессивности.

Истерическая симптоматика в ремиссионном периоде полностью редуцировалась, в рамках континуума заболевания проявлялась только в структуре приступов и фаз, постепенно упрощаясь и приобретая стереотипный характер в повторных эпизодах болезни. Стоит отметить, что в ремиссионном периоде вне зависимости от его качества, отмечались нарастающие с каждым эпизодом нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга, перекрывая «ядерные» черты личности.

В катamnестическом исследовании отмечались такие дефицитарные изменения, как паралогичность суждений, сдвиг в сторону «двойной жизни», непоследовательное, «расплывающееся» мышление, утрата эмоциональной яркости и насыщенности. Несмотря на прогрессивность заболевания, гиперсоциальные истерические установки позволяли пациентам добиваться достаточно высокого социального уровня в течение первых лет болезни. Нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга, наблюдавшиеся в состоянии ремиссии, приобретали крайнюю стойкость и ригидность, сопровождались резким и грубым изменением влечений, манерностью, пуэрильностью, вычурностью, постепенно переходящих в психопатоподобное поведение. В период ремиссии эпизодически возникали различные по продолжительности и выраженности субдепрессивные приступы с аффективной лабильностью, внезапными парасуицидальными попытками. Больные данной группы быстро отказывались от рабочей деятельности, соглашаясь на получение инвалидности по психическому

заболеванию (60% от числа обследованных с выявленным диагнозом шизофрении параноидной с эпизодическим течением).

Клинический случай №6.

Пац-т К-ва, 19 лет.

Наследственность психопатологически не отягощена.

Информации про бабуку и деда не знает, кроме того, что они рано умерли от соматического заболевания.

Отец, 57 лет, по профессии экономист, работает по специальности. По характеру спокойный, замкнутый, необщительный, целеустремленный, трудолюбивый, склонный к эксплозивным стрессиндуцированным реакциям. Родители развелись, когда пациентке было 8 лет. Отец переехал жить в Новосибирск, продолжает после развода финансово помогать бывшей супруге и детям.

Мать, 52 года, бухгалтер, но длительное время нигде не работает, домохозяйка. По характеру властная, жестокая, требовательная женщина, склонная к манипулятивному, шантажному поведению. После развода с отцом больной, стала меньше участвовать в воспитании, а с 14 лет полностью ушла из семьи.

Старший брат, 27 лет, по профессии инженер, работает по специальности. По характеру общительный, любит быть в центре внимания, дружелюбный, демонстративный, склонный к псевдологии.

Пациентка родилась от нормально протекавшей второй беременности, в возрасте матери 33 лет. Раннее развитие без особенностей, посещала детское дошкольное учреждение, росла болезненным ребенком, часто переносила простудные заболевания. В школу пошла в 7 лет. Училась хорошо, отличалась прилежанием и тягой к знаниям. Окончила начальные классы на отлично, учеба давалась легко. Посещала музыкальную школу по классу фортепиано, нравилось заниматься музыкой, посещала художественную школу, увлекалась рисованием.

После перехода в 6 класс ухудшились взаимоотношения со сверстниками, не могла найти с ними общего языка, держалась обособленно, постоянно подвергалась нападкам и насмешкам со стороны одноклассников, которые считали ее чудаковатой. Стала замкнутой, сторонилась одноклассников, не могла найти поддержки у матери, отношения с которой ухудшились. Мать постоянно винила ее в неустройстве своей личной жизни, говорила, что жалеет, что не сделала аборта. Постоянно ощущала, что в школе за спиной ее обсуждают, смеются. Испытывала страх каждое утро перед необходимостью идти в школу, начала прогуливать занятия, пропал интерес к учебе.

Ухудшились взаимоотношения с матерью, могла неделями с ней не общаться из-за постоянных попреков с ее стороны. Укрывалась в своей комнате, месяцами прогуливала занятия, играла в компьютер, постоянно фантазировала, придумывала различные истории, в которых была главной героиней. В 7 классе была оставлена на второй год, продолжала прогуливать занятия, стала замкнутой, стойко снизилось настроение, отношения с матерью окончательно испортились, практически перестала с ней общаться. С 14-летнего возраста переехала жить к брату, с которым были доверительные отношения, с этого времени перестала общаться с матерью, за последние годы ни разу не созванивалась с ней, виделись лишь один раз, на похоронах бабушки.

В 15-летнем возрасте влюбилась в учителя в школе, стала стремиться привлечь к себе его внимание, перенимала его манеру говорить, читала книги и смотрела фильмы, о которых он упоминал, стала носить одежду лишь тех цветов, которые встречались в его гардеробе. Постоянно просиживала во дворе его дома, старалась проводить его до подъезда, караулила его у дома. Ощущала, что он испытывает к ней ответное чувство, казалось, что он смотрит на нее с восхищением, ловила его взгляды на себе, чувствовала, что он выделяет ее среди других учениц. Постоянно думала о нем. придумывала себе романтические истории. В 2017 году охладела к нему, испытывала неприязненное ощущение, решила незамедлительно забрать документы из школы, чтобы больше не сталкиваться с ним. В 11 классе, по достижении совершеннолетия, забрала документы из школы, приняла решение не оканчивать 11 класс, так как постоянно испытывала неприязненное отношение к себе со стороны сверстников, ощущала себя изгоем, подвергалась насмешкам. В марте 2017 года полностью осознала безответности своих чувств к школьному учителю, а также повторной ссоры с матерью, резко снизилось настроение, постоянно думала о нежелании жить, с суицидальной целью нанесла себе самопорезы. В конце марта 2017 года обратилась в кризисный центр ГKB № 20, где находилась по май 2017 года. Получала в качестве поддерживающей терапии галоперидол и амитриптилин. Во время пребывания в кризисном центре возникало ощущение нереальности происходящего вокруг, во время визитов классного руководителя конфликтовала с ней, оскорбляла, в эти моменты казалось, что ею движет чужая сила, как будто кто-то вселялся в нее и подталкивал к совершению дурных поступков. Во время пребывания в кризисном центре ГKB № 20 занималась оральным сексом с малознакомыми людьми, а также с несколькими сексуальными партнерами одновременно, которые также находились там на лечении, после чего ощущала себя падшей женщиной, но считала, что таким образом она мстит своей матери и школьному педагогу, который отверг ее чувство. После выписки из кризисного центра ГKB № 20 посещала психолога и психотерапевта

частным образом. Принимала оланзапин до 30 мг/сут и amitриптилин до 100 мг, на фоне приема становилась сонливой и вялой. Сразу же после выписки из кризисного центра познакомилась в социальных сетях с молодыми людьми, увлекающимися культурой андеграунда, ведущими маргинальный образ жизни. Вовлеклась в их круг. Считала, что таким образом она также отомстит матери, которой оказалась не нужна, постоянно ощущала себя отверженной, жила в постоянном ожидании внимания от матери. С октября 2017 года перестала принимать поддерживающую терапию, проживала с братом, практически не выходила из дома, прекратила общение со своими малочисленными знакомыми. Опасалась выходить из дома, испытывала беспричинный страх при виде скопления людей, тревогу, доходившую до ажитации. Оказавшись на улице, хотела куда-то бежать, возникали беспричинные слезы. После того, как узнала, что брат хочет уехать работать в Германию, и она останется одна, стала отмечать болевые ощущения в области головы, сердца и низа живота, которые усиливались при повторных обсуждениях этой темы до «невыносимого уровня», когда вызывала СМП. Поняла, что брат ее предал, как и мать, заметила, что он изменил к ней отношение, стал скрытным и подозрительным. Стала замечать, что не узнает свое отражение в зеркале, казалось, что на нее смотрит незнакомая девушка, что пугало ее. Ощущала, что в нее «вселяется» ее мать, которая подталкивает ее к чему-то, руководит ею, возникало ощущение одержимости, осознала, что ранее испытываемые боли были также связаны с воздействием матери. Опасалась оставаться дома одна, казалось, что за ней незримо следит мать, старалась отвлечь себя постоянным просмотром сериалов, игрой на компьютере. Накануне госпитализации написала брату сообщение о своем нежелании жить, в день госпитализации пыталась броситься под электропоезд станции метро, была остановлена прохожими, от которых убежала и вернулась домой. Во всем созналась брату, по его настоянию была осмотрена дежурным психиатром и стационарирована в ПКБ № 1 в порядке недобровольной госпитализации.

Психическое состояние.

В кабинет входит неуверенной походкой. Движения скованные, напряженные. Выглядит соответственно своему возрасту. Одета в спортивную одежду. Волосы короткие, ухоженные. Беседует с врачом неохотно. Во время беседы сидит напряженно, скрестив руки и ноги. Смотрит в сторону, не поддерживает зрительный контакт. Выражение лица настороженное, озирается по сторонам. Быстро успокаивается. Мимика адекватная. Голос громкий, интонационно насыщен. Отвечает на вопросы правильно, вдаваясь в излишнюю детализацию и постепенно соскальзывая на сторонние темы, преимущественно о своих отношениях с родственниками. Склонна к драматизации жалоб, преувеличению значения происходивших с ней событий. Структура беседы строится

вокруг фиксации на проблеме одиночества и желания признания и внимания со стороны окружающих.

Предъявляет жалобы на «слезку» со стороны матери, а также на ее «влияние», считает, что ее мать вызывает у нее болевые ощущения по типу жжения в области груди, головы и низа живота, что таким образом хочет «убить ее». Жалуется на сниженное настроение с преобладанием тревоги и страха смерти, нежеланием чем-либо заниматься, подавленностью, тоской без витальных проявлений. Отмечает, что «не хочет жить», из-за сложившейся жизненной ситуации. Сообщает об эпизодах, когда достигают пика чувства безысходности, собственной малоценности, одиночества, появляются активные суицидальные мысли. Эти эпизоды сопровождаются плаксивостью, ажитацией, реактивной раздражительностью, хаотическим бегством, «комом в горле», мыслительной ускоренностью, ослаблением самоконтроля, длятся до часа и по их окончании пациентка не помнит о том, что с ней происходило. Также, жалуется на пароксизмальные онемения конечностей, ощущения «жара по спине», слабость в ногах, эпизодические внутренние головокружения. Сообщает о нарушении процессов памяти, замедлении мыслительного процесса, снижении концентрации внимания. Сон нарушен по типу трудностей засыпания, аппетит в норме. Критика к своему состоянию отсутствует.

Соматический статус.

Кожные покровы теплые, сухие, чистые. ИМТ=19. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается; АД на момент осмотра 104/70 мм. рт. ст.; ЧСС=ps=76 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=18 в мин., хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус.

Лицо симметрично. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет. Данных за острую неврологическую патологию нет.

В отделении в течение первых дней оставалась тревожной, растерянной, держалась обособленно, не контактировала ни с кем из больных. После назначения антидепрессивной и антипсихотической терапии постепенно исчезала диффузная подозрительность, заметно редуцировалась бредовая идея, относительно преследования матери, перестала высказывать идеи воздействия, прошли неприятные ощущения. В

дальнейшем быстро освоилась, легко контактировала с пациентами обоих полов, шутила, стремилась привлечь к себе внимание противоположного пола, однократно вступала в интимную связь с пациентом, будучи уличенной в которой испытала потерю сознания с судорогами. После первой недели лечения, сообщила, что перестала чувствовать тревогу за свою жизнь, что по вечерам чувствует себя спокойно. В клинике пробыла в течение месяца и была выписана. На момент выписки фон настроения выровнялся, прошла тревога, подавленность, ощущение преследования и неприятные телесные ощущения редуцировались, истерические расстройства полностью прошли, сохранялись исключительно нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга. После улучшения психического состояния на долечивание и реабилитацию лечащим врачом была направлена в дневной стационар ПНД. Посещала дневной стационар регулярно, терапию принимала. Уговорила отца приехать в Москву из Новосибирска, чтобы жить с ней и братом, «помогать выздоравливать».

Катамнестическое наблюдение.

Наблюдалась у участкового врача-психиатра в ПНД, принимала поддерживающую терапию по схеме. Не работала, занималась «саморазвитием». Проживала в квартире с отцом и братом. В октябре 2019 года психическое состояние ухудшилось, после того как мать решила наладить с ней отношения и начала звонить и писать ей, с просьбами о встрече. Сообщала, что у себя дома ощущает неблагоприятное воздействие, связанное с тем, что когда-то в этой квартире мать негативно к ней относилась и «бросалась в нее стульями», видела «образ» матери с топором при закрытых глазах. Также слышала «звущий голос» матери по вечерам, считала, что она «выследила» ее и стоит под окнами. В дальнейшем стала жаловаться, что мать за ней следит, «хочет отомстить за непослушание, а не помириться». По вечерам рыдала, вновь появилась мысль пойти в метро и лечь под поезд. Была остановлена братом и отцом. Также думала о том, чтобы выброситься из окна, но боялась последствий, не хотела остаться инвалидом в тягость родным, т. к. «этаж невысокий» (пятый). Настроение оставалось сниженным, испытывала подавленность, тревогу беспредметного характера, не хотелось чем-либо заниматься. Сообщала об эпизодах нарастания чувства безысходности, одиночества, с пассивными суицидальными мыслями, сопровождавшихся плаксивостью, агитацией, реактивной раздражительностью, эпизодическим спонтанным хаотическим бегством, которое проявлялось в эпизоды общения с окружающими на психотравмирующую тему, «комом в горле», мыслительной ускоренностью, ослаблением контроля собственного тела и личности, которые длились до часа и купировались психотерапевтически или медикаментозно. В том числе отмечала пароксизмальные онемения конечностей,

ощущения «жара по спине», слабость в ногах, эпизодические внутренние головокружения. Сообщала о нарушении процессов памяти, когда забывала события, происходившие накануне, отмечала замедление мыслительного процесса, снижение концентрации внимания. Так, не помнила о том, что брат собирается уехать жить другую страну, была уверена, что он остается ради нее в Москве. Коррекция схемы терапии существенного улучшения не приносила, в связи с чем участковым психиатром была направлена в ДС ПНД для наблюдения и подбора более эффективной схемы ПФТ.

Психическое состояние.

В кабинет входит уверенной походкой. Движения расслабленные. Выглядит соответственно своему возрасту. Одета опрятно, женственно. Волосы короткие, ухоженные. Беседует с врачом охотно. Во время беседы сидит расслабленно, скрестив ноги. Смотрит врачу в глаза. Мимика живая, выражение лица меняется в зависимости от темы беседы от улыбчивого, заигрывающего до встревоженного плаксивого. Демонстративна. Голос громкий, интонационно насыщен. Отвечает на вопросы по существу, правильно, последовательно, вдаваясь в излишнюю детализацию. Склонна к драматизации жалоб, преувеличению происходивших с ней событий. Структура беседы строится вокруг фиксации на проблеме одиночества и желания признания и внимания со стороны окружающих.

Предъявляет жалобы на сниженное настроение с преобладанием тревоги беспредметного характера, нежеланием чем-либо заниматься, подавленностью, тоской. Жалуется, что ощущает «слезку» со стороны матери, которая хочет «отомстить за непослушание», следит за каждым ее передвижением. Отмечает, что слышит «зовущий голос» матери за окном в ночное время, но, выглядывая в окно, не видит ее. Сообщает об эпизодах нарастания ощущений безысходности, ненужности, одиночества, с пассивными суицидальными мыслями, сопровождающиеся плаксивостью, агитацией, реактивной раздражительностью, хаотическим бегством, «комом в горле», мыслительной ускоренностью, ослаблением контроля собственного тела и личности, которые длятся до часа и купируются психотерапевтически или медикаментозно. В том числе, отмечает пароксизмальные онемения конечностей, ощущения «жара по спине», слабость в ногах, эпизодические внутренние головокружения. Сообщает о нарушении процессов памяти, замедлении мыслительного процесса, снижении концентрации внимания. Сон медикаментозный, аппетит в норме. Критика к своему состоянию присутствует. Настроена на лечение. Суицидальные интенции на момент осмотра отрицает.

Соматический статус.

Кожные покровы теплые, сухие, чистые. ИМТ=19. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не выслушивается; АД на момент осмотра 104/70 мм. рт. ст.; ЧСС=ps=76 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД=18 в мин., хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус.

Лицо симметрично. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны. Язык по средней линии, глотание не нарушено. Мышечный тонус в норме. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет. Данных за острую неврологическую патологию нет.

В отделении первое время оставалась одинокой, к контакту ни с кем не стремилась, время проводила в основном сидя в углу помещения, была бездеятельна, пассивно подчиняема, сообщала, что стала слышать в голове «голос» матери, который обвинял в «никчемности». Фон настроения оставался сниженным с отчетливым ухудшением со стояния к вечеру, когда усиливалась тревога, страхи, казалось, что «мать стоит на улице». Спустя месяц пребывания свое настроение стала характеризовать как ровное, в то же время отмечала некоторое его ухудшение в вечерние часы, когда появлялась выраженная тревога, опасения, что ее близкие – отец и брат, могут попасть в авткатастрофу и погибнуть, стремилась позвонить им, чтобы убедиться, что все в порядке, после чего становилось легче. Спустя полтора месяца лечения на фоне повышения дозировок антипсихотика и антидепрессанта, ощущение преследования и обманы восприятия полностью прошли, выровнялся фон настроения, редуцировалась тревога, беспокойство, напряжение, подавленность, стала активнее, энергичнее, появилась мотивация к деятельности. Истерические расстройства прошли на высоте остроты состояния и в дальнейшем на этапе становления медикаментозной ремиссии не выявлялись. Выписана спустя 2 месяца стационарирования под наблюдение участкового врача-психиатра, настроен на прием поддерживающей терапии, с планами на будущее.

Анализ наблюдения.

Настоящее состояние определяется депрессивно-параноидным синдромом. Депрессивно-параноидный синдром был представлен персекуторным бредом, бредом воздействия, психическими автоматизмами, сенесталгиями и сенестопатиями,

псевдогаллюцинаторными явлениями, тревожным аффективным компонентом, как пароксизмального, так и генерализованного характера. В том числе в состоянии отмечался кластер аффективных расстройств, представленных тоской без витальных проявлений, подавленностью, ощущением безысходности, бесперспективности, одиночества и жажды внимания и признания со стороны общества. Пароксизмальная тревожная симптоматика сопровождалась обильными вегетативными и конверсионными расстройствами («ком в горле», нехватка воздуха, состояния, предшествующие развитию астазии-абазии, хаотическое бегство, ощущения приливов жара по телу, множественные парестезии) и диссоциативными расстройствами (идеаторные нарушения, псевдодеменция, утрата полноценного контроля над своим телом и личностью, истерические автоматизмы по типу фуги). Также в условиях тревожных пароксизмов выходили на первый план нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга (раздражительность, импульсивность, эксплозивность, гиперреактивность, сензитивность), и возникающие в их рамках суицидальные интенции, активные суицидальные мысли, редуцирующиеся в межпароксизмальных периодах. Длительность пароксизмов составляла от 15 до 60 минут, возникали аутохтонно и реактивно, в стрессовых ситуациях. Генерализованная тревожная симптоматика была представлена беспокойством о своем здоровье, а также за будущую социально-личностную реализацию. Выявлялась также сверхценная фиксация, ассоциированная с переживанием психотравмы детского возраста – неприязненное отношение и холодность со стороны матери, ожидание возобновления материнского внимания. В состоянии отмечается правильный суточный ритм. Нарушения сна у больной представлены по типу трудностей засыпания, аппетит в норме. Стоит отметить, что явления истерической симптоматики не зависят от обстановки и наличия или отсутствия окружения.

Больна с 7 лет, на фоне постоянного воздействия психотравмирующей ситуации стал преобладать субдепрессивный фон с нарастанием психопатических черт и девиантного поведения. В 15 лет впервые эндогенно актуализировались явления любовного бреда с постепенным формированием интерпретативного и последующим нарастанием чувственного компонента. В период формирования бредовой идеи аффективных колебаний не отмечалось. В 18 лет, состояние аутохтонно изменилось – снизился аффект с преобладанием дисфории, любовная бредовая идея редуцировалась, оставались резидуальные явления, актуализировались суицидальные интенции, ассоциированные со сверхценными идеями самообвинения в рамках остаточной бредовой симптоматики. Позднее, по мере ухудшения состояния, обострения аффекта, проявилась диссоциативная симптоматика (ощущение овладения, истерическая деперсонализация

ауто- и аллопсихическая, парестезии, истерические автоматизмы по типу фуги). В дальнейшем стала нарастать психотическая симптоматика – формировались бредовые идеи отношения, персекуторный бред. Продолжали заостряться психопатические личностные черты. В 18 лет, после парасуицида на пике вышеописанной симптоматики была недобровольно госпитализирована в ПБ. Характер парасуицида был сформирован согласно истерическим характерологическим чертам больной – бросилась под поезд в метро.

После выписки из больницы ремиссия не установилась, на фоне медикаментозной редукции психотической симптоматики актуализировались аффективные расстройства в виде гипотимии. Сохранялись резидуальные диссоциативные расстройства. Впервые актуализировалась вышеописанная конверсионная симптоматика. Нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга сгладились, но полностью не редуцировались, сохраняясь в структуре психопатических черт личности. В рамках повторных шизофренических приступов проявлялось заострение истерических характерологических черт.

Текущий эпизод в структуре заболевания является повторным (третьим), длится 3 месяца. Заболевание течет на данный момент эпизодически с формированием аффективно-бредовых приступов и ремиссий низкого качества. Манифесту заболевания предшествовали аффективные колебания в рамках психопатических декомпенсаций по типу субдепрессивных фаз.

Личность больной расценивается как акцентуированная истеро-шизоидная.

Стоит отметить, что формирование истерической симптоматики началось в повторных приступах основного эндогенного заболевания, течет сопряженно с актуализацией психотической симптоматики, преобразуясь от диссоциативных расстройств в рамках начала приступа к конверсионным и сглаженным диссоциативным расстройствам, и в дальнейшем сопрягается с персистирующей психотической симптоматикой, трансформируясь в соответствующие расстройства. В последующем истерическая симптоматика редуцируется в периоды нестабильной медикаментозной ремиссии.

Ds: Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения. Депрессивно-параноидный синдром с диссоциативно-конверсионной симптоматикой у акцентуированной истеро-шизоидной личности (F20.014).

4.2.2 Клинические особенности шизотипического расстройства с коморбидной истерической симптоматикой.

Данное заболевание было выявлено у 15 пациентов - 44,12% от общего числа. Средний возраст пациентов данной группы составил $28 \pm 8,22$ лет. Соотношение женщин и мужчин составило 3:1. Заболевание в преобладающем большинстве обследованных случаев характеризовалось малопрогredientным течением с формированием тревожно-ипохондрических приступов со сверхценными и навязчивыми идеями, длительными медикаментозными ремиссиями.

Появление инициальной симптоматики отмечалось до 30 лет (средний возраст $19 \pm 4,13$ лет), средний возраст продромальных расстройств составлял $23 \pm 4,57$ года, а средний возраст манифестных явлений - $24 \pm 4,85$ года. Манифестация заболевания носила ассоциированный с психотравмирующей ситуацией характер. В качестве психотравмы выступали конфликты внутри семьи, с окружающими, проблемы на работе, стрессовые, опасные для жизни ситуации или сочетание этих факторов. Истерическая симптоматика носила континуальный характер, уменьшаясь в проявлениях в ремиссионных периодах, но полностью не редуцируясь.

У пациентов данной клинической группы с детства отмечались невротические расстройства (невроз навязчивых состояний, страхи, энурез), достаточно узкий круг общения, были недостаточно развиты социальные навыки. В рамках прогредиентности заболевания при первых госпитализациях личность больных трактовалась как относящаяся к кругу торпидных, однако, по мере развития заболевания на первый план выходили истероформные черты с демонстративностью, желанием находиться в центре внимания, стремлением к развлечениям, манипулятивностью, аггравацией, а зачастую и симуляцией расстройств. Нередко, фактором, отягощающим течение заболевания, являлась стремительно формирующаяся полиаддикция к алкоголю и ПАВ. Также, отмечалась некомплаэнтность пациентов в

отношении психофармакотерапии, что стремительно приводило к нарастанию «ядерных» и фасадных расстройств.

Аффективная симптоматика в данной типологической группе возникала на начальных этапах шизофренического процесса, представляя собой периоды стертых аффективных колебаний депрессивного полюса, со снижением активности и общительности, фиксацией на внутренних переживаниях. Структура аффективного синдрома на инициальном этапе заболевания представляла собой тревожно-ипохондрическую депрессию с беспричинной тревогой, вычурными деперсонализационными и сенесто-ипохондрическими расстройствами, импульсивными аффективными нарушениями поведения, расстройствами мышления, правильными суточными колебаниями настроения при слабой выраженности вегетативных нарушений. Выраженность и продолжительность аффективных расстройств зависела от воздействия психотравмирующей ситуации.

Ипохондрические расстройства сочетались с истерической конверсионной и сенесто-ипохондрической симптоматикой и были представлены алгическими явлениями – головными болями, «прострелами в венах», боли «в ногах при поднятии руки», анестетическими явлениями по типу носков и перчаток. Стоит отметить, что истерические расстройства развивались в структуре психотического континуума, преобразовываясь из истерических алгических, паретических, плегических расстройств в патологические телесные сенсации, обретая интрепретативно бредовую окрашенность, ощущение «сделанности», а впоследствии, встраиваясь в структуру психотического синдрома. По мере психофармакологического вмешательства истерические расстройства данного типа претерпевали регрессионное развитие. Структура телесных фантазий отражала представления больного о механизме возникновения и развития заболеваний, свидетелями которого они становились. Элементарные по структуре телесные сенсации по мере развития прогрессивного процесса становились более сложными, вычурными, приобретая характер целого комплекса

патологических ощущений. Среди жалоб начинали преобладать описания ощущений со стороны внутренних органов, которым больные приписывали такие изменения, как: увеличение, уменьшение, перемещение, изменение по структуре.

Психотическая симптоматика была представлена бредовыми идеями отношения, а также ипохондрическими идеями, носившими вычурный характер и касавшимися наличия у себя неизвестного заболевания, возникшего по причине греховности или неправильного поведения с близкими, а также, психотическая симптоматика была представлена психическими автоматизмами, формирующимися путем интеллектуальной переработки из возникших первоначально истерических конверсионных расстройств.

Истерическая симптоматика при шизофрении малопрогрессирующего типа в большинстве случаев проявлялась вне четкой связи с психотравмирующей ситуацией, формируясь в отдаленном периоде. В других случаях, в зависимости от тяжести стрессового воздействия, истерические расстройства актуализировались остро, приобретая хронифицированный характер. Следует отметить, что истерические расстройства не устранялись после разрешения психотравмы, а приобретали утрированный, массивный, инертный характер. Основываясь на катамнестическом исследовании, было отмечено, что лишь постепенно истерические расстройства становились менее выраженными, уступая место процессуальным расстройствам.

Истерическая симптоматика в данной клинической группе была представлена преимущественно конверсионным и соматоформным регистром. Диссоциативные явления у обследованных пациентов либо отсутствовали, либо проявлялись в незначительных транзиторных диссоциативных расстройствах на фоне нарастания тревожного аффекта, по типу истерического бредоподобного фантазирования, истерической деперсонализации и истерической псевдодеменции. Ни в одном из случаев,

они не доходили до уровня преобладающего синдрома. Однако стоит отметить, что в 2 клинических случаях истерическая симптоматика была представлена исключительно диссоциативной деперсонализацией, псевдодеменцией и конфабуляциями, актуализировавшимися в структуре тревожно-ипохондрических аффективных фаз, что было ассоциировано с тяжестью предшествующей психотравмы.

Проявления истерического симптомокомплекса соматопсихического уровня были представлены телесными сенсациями и функциональными расстройствами органов чувств и органов систем, такими как, алгии, конверсии, психовегетативные и другие псевдосоматические или псевдоневрологические проявления, без объективно подтверждаемой соматической патологии. Соматоформные расстройства в рамках нашего исследования характеризовались определенными отношениями, отражающими синдромальное единство нарушений соматопсихического и аутопсихического состояния. Истерические расстройства функции органов чувств проявлялись преимущественно нарушениями речи, такими как мутизм, заикание, афазия, афония, а также зрения – концентрическое сужение полей зрения. Возникали данные расстройства остро, вслед за психотравмирующей ситуацией и предшествующей соматогенной астенизацией, ассоциируясь с перенесенными ранее в данных локализациях заболеваниями (трахеит, конъюнктивит и пр.).

Соматоформные расстройства в обследованной группе пациентов проявлялись следующим образом: синдром гипервентиляции, включавший ощущение нехватки воздуха, частые вздохи, неудовлетворенность воздухом, приступообразную зевоту, аэрофагию, сухой навязчивый кашель, псевдоаллергия. Синдром раздраженного кишечника, представленный болями или ощущениями дискомфорта в области кишечника, учащением стула, изменением консистенции стула, чувством распирания и расширения кишечника, метеоспазмическими явлениями, ощущением облегчения после дефекации. Синдром кардионевроза, представленный неприятными

алгическими явлениями в области сердца, эпигастрии, изменением частоты сердечных сокращений, а также субъективными ощущениями усиления силы сердечных сокращений.

Также отмечались истерические расстройства вегетативных функций в виде спазмов при глотании, тошноты, дисфагии, рвоты, диареи, икоты, гипертермических реакций. В качестве преходящих транзиторных симптомов отмечались резкое побледнение или покраснение кожных покровов в моменты психоэмоционального напряжения, а также сочетанные тахикардия, тахипноэ и повышенная потливость.

В том числе, в обследованной клинической группе пациентов истерическая симптоматика в некоторых случаях сопровождалась ярко описанными бредовыми ипохондрическими идеями «кишечник забился, желудок слипся», «легкие и сердце парализованы», сопровождающиеся конверсионными алгическими явлениями. На фоне лечения соматических жалоб ипохондрическая симптоматика приобретала регрессирующий характер, но полностью в ремиссионных периодах не редуцировалась, сохраняясь в виде конверсионных гипозстетических, гипоалгических и паретических явлений, в рамках основной ипохондрической фабулы, выдавая высокий порог чувствительности к психофармакотерапевтическому воздействию.

Преморбидно у большинства пациентов данной клинической группы отмечался склад личности с преобладанием черт внушаемости, подверженности чужому влиянию, склонности к интроверсии, мечтательности и фантазированию. Пациенты данной клинической группы патохарактерологически разделялись на акцентуированные шизоидный радикал 46,67%, психастенический радикал 20% и истерошизоидный радикал 33,33% с наличием истерических черт, таких, как эгоцентричность, нетерпеливость, поверхностность суждений, эмоциональная лабильность, отсутствие эмпатии.

Количество приступов и фаз в данной клинической группе составило $2\pm 1,64$, а длительность ремиссионных периодов – $1,8\pm 0,61$ года. Ремиссии достигали хорошего качества только на фоне поддерживающей психофармакотерапии. На всем протяжении болезни у больных отмечалась низкая комплаентность к терапии, представленная стремлением к самолечению, основанном на самостоятельном изучении медицинской литературы.

При катамнестическом наблюдении, в рамках развития прогрессивного заболевания, наряду с тревожно-ипохондрической и истерической соматоформной симптоматикой в клинической картине все больший удельный вес приобретают негативные изменения личности, сопоставимые с психопатоподобным дефектом по типу «искажения личностных черт». Истерические явления у этих пациентов приобретали стереотипный, монотонный характер, бледнели по проявлениям, их становилось меньше, у больных отмечался немотивированный отказ от прежних интересов и увлечений, перемена жизненного уклада, нарастала парадоксальность и гротескность выражения эмоций. Отмечалась постепенная редукция и видоизменение истеро-ипохондрических расстройств, нарастали астенические проявления. В связи с ощущением постоянной слабости, недомогания, общим снижением тонуса, у больных сужалась сфера деятельности, нарастали нарушения мышления по типу рассеянности и трудностей концентрации внимания. В периоды переутомления отмечались наплывы или обрывы мыслей. Пациенты преимущественно выбирали простую и легкую, механическую работу, а чаще - соглашались на получение инвалидности по психическому заболеванию - 73,33%. На поздних этапах шизофренического процесса на первый план выступали психопатоподобные характерологические изменения истероформного и шизоидного регистров. Отношения с родственниками становились холодными, формальными, носили сугубо материальный характер, с частыми конфликтными ситуациями, больные чаще

предпочитали общение с малознакомыми людьми. Также у больных отмечались патохарактерологические изменения в виде утраты живости и яркости эмоционального реагирования, нарастающий аутизм с неуклонным разрывом социальных связей, регрессивная синтонность, резонерство. В том числе формировалась ипохондрическая «готовность» реагирования на психотравмирующее воздействие, предъявляемые жалобы становились полиморфными, неопределенными, часто сменяющимися, отличались значительной образностью и красочностью. Отмечалось упорное стремление убедить окружающих в тяжести своего заболевания, получить внимание, поддержку, жалость и сочувствие.

Клиническое наблюдение №7.

Пац-т А-ов, 28 лет.

Наследственность отягощена по материнской линии (двоюродная сестра матери больна шизофренией).

Линия матери:

Бабка - умерла в 80 лет от инсульта. Имела среднее образование, по профессии машинистка; по характеру скромная, ответственная, заботливая, чуткая.

Дед – умер в 62 года от ТЭЛА. Имел среднее техническое образование; по роду деятельности таксист, по характеру жёсткий, авторитарный.

Мать – 60 лет; имеет высшее образование, закончила МАДИ, по роду деятельности – инженер-проектировщик мостов; по характеру решительная, волевая, обидчивая, несколько замкнутая; склонна контролировать жизнь дочери.

Линия отца:

Бабка и дед – информации о них не знает, умерли до ее рождения.

Отец – 64 года, среднее специальное образование, офицер внутренних войск; по характеру эмоциональный, нерешительный, мнительный, зависимый от мнения посторонних, легко подчиняемый чужой воле; в разводе с матерью после его измены; с 2 лет не общается с дочерью.

Помнит себя с 2,5 лет. Первое воспоминание связано с периодом, когда отец с матерью оформляли развод, после чего отец прекратил общение с дочерью; впоследствии не искала возможности с ним связаться, так как не могла его простить. Тянулась к матери, старалась проводить с ней всё свободное время, спала с ней до 5 лет в одной кровати. Не любила оставаться одна, накручивала волосы матери на палец, чтобы та не могла уйти на

работу; боялась, что она может бросить её, как это сделал отец. Будние дни проводила преимущественно с бабушкой, которая активно занималась воспитанием, но не любила её строгость и морализм. В выходные предпочитала играть с матерью. Каждое лето совершали поездки на юг. В дошкольные годы росла жизнерадостным, активным ребёнком; любила подвижные игры, прогулки на свежем воздухе, была непоседлива. Также была открытой, общительной, могла длительное время пересказывать все свои мысли и эмоции. Стремилась к контакту с другими детьми, однако в то же время проявляла стеснительность; могла подойти к незнакомому ребёнку, обратиться к нему, после чего испугаться негативной, по ее мнению, реакции и убежать. В детстве боялась оставаться одной, оказаться в одиночестве.

В ДДУ была отдана с 3 лет. Скучала по матери, не любила расставаться с ней. Не ела в столовой, не нравилась атмосфера в новом коллективе. В первые же дни завязала отношения с девочкой из неблагополучной семьи, над которой смеялись остальные дети, в связи с чем испытывала насмешки со стороны сверстников, на что реагировала болезненно. В то же время по возвращении домой быстро переключалась на привычную обстановку, не рассказывала матери о своих переживаниях. Любила разыгрывать сценки с куклами и мягкими игрушками, всегда назначала среди них «изгоя», к которому в процессе игры относилась с наибольшей симпатией. Нравился образ куклы Барби, мечтала в будущем стать похожей на неё, также хотела стать принцессой.

В школу была отдана с 7 лет. В новом коллективе адаптировалась не сразу, в течение месяца привыкала к изменению режима дня и появлению учебных обязанностей. Нравилось посещать уроки, слушать рассказы учителя; ответственно относилась к выполнению домашних заданий. Стеснялась отвечать у доски, оказываться на виду у всего класса, но в то же время хотелось понравиться окружающим, обратить на себя внимание каким-либо «благородным поступком». Тянулась к общению с мальчиками, так как они казались ей более активными, а их времяпрепровождение – более интересным. Ей было присуще обострённое чувство справедливости, стремилась проявлять лояльность по отношению к тем, кого обижали и дразнили, сторонилась тех, кто казался ей нечестным и непорядочным.

В 10 лет после конфликта ее бабушки с родительским комитетом заметила, что отношение одноклассников изменилось, стало более неприязненным; чаще оказывалась в одиночестве, относилась к себе как к изгоя общества, считала себя некрасивой. Стала более мнительной, обидчивой, эмоционально реагировала на происходящее вокруг.

Перейдя в среднюю школу, к новым условиям адаптировалась легко. Продолжала старательно учиться на «4-5», была отличницей по всем предметам, кроме математики.

По-прежнему была замкнутой, чувствовала себя одиноко. Попала под влияние одноклассницы, с властным и решительным характером; нравилось, что та могла за неё заступаться, слушалась её во всем. В то же время стала раздражаться на чрезмерную опеку со стороны матери, обижалась на неё за то, что не пускала гулять с новой знакомой. Некоторое время казалось, что притягивает к себе несчастья, решила так после того, как однажды в неё чуть не попал камень, из-под проходившего мимо поезда. Чтобы избежать неприятностей, начала выполнять различные ритуалы; например, каждое утро перед отправлением в школу трижды прикасалась к животу статуэтки Будды «на удачу». При попытке не следовать своим придуманным правилам испытывала дискомфорт, появлялась немотивированная тревога, в результате стала воспринимать их как обязательные для исполнения. С 12 лет появились новые привычки: подолгу раскладывала предметы, сортируя их по цвету и форме, подравнивала корешки книг; старалась перебежать по переходу через дорогу за определённое количество секунд; выполняла одни и те же действия строго отмеренное число раз (например, закрывала дверь по 8 раз, так как восьмёрка похожа на знак бесконечности); стала бояться загрязнений; многократно мыла руки. Желание соблюдать описанные ритуалы постепенно нарастало, причиняло всё больший дискомфорт.

Менструации с 13 лет, установились сразу, были болезненными первые 3 месяца; в тот период несколько изменилась по характеру, стала более раздражительной, эмоциональной, впечатлительной.

В 14 лет, в результате ссоры родителей и руководства школы подверглась бойкоту со стороны сверстников, которые начали демонстративно игнорировать её присутствие. Переживала происходящее крайне болезненно, перестала ходить в школу; винила мать в сложившейся ситуации. В итоге приняла решение перейти в другую школу, расположенную рядом с местом работы матери.

В новой школе адаптировалась со временем. Стали реже проявляться «навязчивые желания». Школьные предметы изучала с удовольствием, предпочитала гуманитарные дисциплины, точные науки давались несколько хуже. Продолжала активно сравнивать себя с окружающими, сделала вывод, что является несамостоятельной, расценивала своё поведение как детское, ребячливое, несерьёзное; считала себя некрасивой, расстраивалась, что ходит в старомодной одежде. Чаше стала ссориться с матерью, проявляла раздражительность в её адрес, обижалась на «придирки» с её стороны. Отмечала, что имеет лишний вес, в связи с чем стала употреблять слабительные средства и сорбенты с целью похудения.

В возрасте 17 лет закончила школу, сдала на «пятёрки» выпускные экзамены. Хотела учиться в ГИТИСе, но испугалась, что не сможет пройти творческое испытание, и в итоге поступила в Московский институт лингвистики на факультет «социально-культурный сервис и туризм». Была недовольна своим выбором, так как считала данный вуз непрестижным, стеснялась того, что учится на платной основе. Учёба в институте не вызывала большого интереса, основное внимание уделяла изучению английского и испанского языков. В то же время нравилась студенческая жизнь, более свободный и независимый образ жизни; активно общалась с одногруппниками. Перестала стесняться окружающих. В результате регулярного употребления слабительных средств развивались диспепсические явления, причинявшие дискомфорт и неудобства. Похудела до 35 кг, после чего стала регулярно испытывать затруднения со стулом, в связи с чем стала беспокоиться о своем здоровье, консультировалась у множества врачей, в итоге принудительно прекратила прием слабительных средств под надзором матери и врачей; набрала вес до 45 кг, после чего стала следить за тем, чтобы он не повышался, для этого отказалась от мясной пищи.

В 2010 году, в возрасте 20 лет в связи с тем, что была недовольна своей учебой, решила попробовать поступить на журналистский факультет МГУ и сценарный факультет ВГИКа. В итоге поступила в оба вуза, но на платное отделение. Из-за этого настроение резко снизилось. Вновь стала считать себя неудачницей, плакала; курила по пачке сигарет в день, с целью наказания себя. Продолжала учебу в институте. Летом 2010 года во время конфликтных ситуаций или в моменты, когда нужно быстро принимать решения, стали проявляться «панические атаки»: возникала немотивированная тревога, стали постепенно нарастать тошнота, дискомфорт в эпигастрии, головокружение, ощущение нехватки воздуха, распираания в горле, головная боль по типу сжимающего обруча, одновременно стало казаться, что всё вокруг «как будто» заволакивается пеленой, отдаляется, становится нереальным, собственное тело воспринималось как чужое, ненастоящее; возникал страх, что она сейчас покинет пределы своего тела и увидит себя со стороны. Данные состояния длились около часа, происходили после психотравмирующих событий, но затем стали происходить самостоятельно, без провокаций. В связи с этим еще сильнее снизилось настроение, чувствовала себя подавленной, боялась, что у нее «неизлечимое заболевание». Сообщила о своих проблемах матери. Не хотела обращаться со своими жалобами к врачам, боялась, что её отправят в психиатрическую клинику. В 21 год перенесла смерть бабки, в связи с чем стала задумываться о смысле жизни; решила в её честь сменить свою фамилию на фамилию бабки. Вскоре после этого на офтальмологическом обследовании была обнаружена отслойка сетчатки, через месяц

прооперирована в НИИ им. Гельмгольца. Тяжело переносила хирургическое вмешательство и послеоперационный период. Стала волноваться за своё здоровье, внимательно следила за малейшими изменениями состояния, читала медицинскую литературу. На протяжении 3 месяцев после операции «панические атаки» самостоятельно прекратились. Подавленность сохранялась, усилилась обидчивость, раздражительность, во время ссор могла в течение короткого периода терять над собой контроль, в эти моменты отмечала возникновение резких головных болей в области лба и глаз, ощущала их как «забивающие гвозди», в том числе отмечала слабость в ногах и руках, не могла сжать кулак, взять предмет, твердо стоять на ногах.

В 21 год закончила институт, но не пошла работать по специальности, так как в этот период увлекалась парфюмерией, хотела вести свой блог, посвящённый этому. В то же время познакомилась с молодым человеком, завязались платонические отношения, стала чувствовать себя лучше, меньше задумывалась о здоровье и беспокоящих жалобах. Но со временем на фоне ссор с возлюбленным возобновились приступы немотивированной тревоги с неприятными ощущениями в теле, чувством изменённости окружающего мира и самой себя. Вновь появилась подавленность, временами возникало чувство безысходности; испытывала постоянный страх, что в любую минуту может повториться такой приступ, старалась не ходить той дорогой, на которой хоть раз почувствовала себя плохо. Настроение колебалось в течение недели от подавленного до приподнятого с раздражительностью, чаще возникали ссоры; завершила отношения с молодым человеком по своей инициативе, осталась с ним в дружеских отношениях. В 22 года приняла решение обратиться в НППЦ им. З.П. Соловьёва, так как эпизоды тревоги стали возникать каждый день; была госпитализирована в мае 2012 года. Получала неупитил, сероквель, флюанксол, финлепсин, амитриптилин. В результате лечения приступы страха прекратились, перестало беспокоить чувство изменённости себя и окружающего мира, настроение стало ровным, болевые ощущения полностью исчезли. Продолжала контактировать с лечащим врачом, на протяжении года принимала поддерживающую терапию (флюанксол, финлепсин).

Устроилась работать в парфюмерный магазин; работа приносила удовлетворение, нравилось помогать людям подбирать подходящий аромат, однако уволилась оттуда через 3 месяца, так как было тяжело сталкиваться с грубостью и раздражением со стороны покупателей. В 23 года устроилась на работу визовым менеджером в компании при МИДе. С работой справлялась успешно, однако с трудом переносила общение с начальницей, которая навязывала чтение эзотерических книг; уволилась оттуда через 3 месяца. Вскоре вступила в романтические отношения с молодым человеком, с которым познакомилась в

НППЦ. В то же время решила разобраться в себе, проанализировать свою жизнь; пришла к выводу, что её «психологический возраст» не соответствует реальному, приняла решение о необходимости сменить дату своего рождения, чтобы по документам стать младше на 4 года. Активно просматривала интернет-форумы соответствующей тематики, вступила в переписку с активисткой, требовавшей законодательного права по смене данных паспорта. Утвердилась во мнении, что смена даты рождения позволит чувствовать себя более комфортно, решила добиваться этого всеми возможными способами, в том числе, при необходимости, подкупом сотрудников органов ФМС, ЗАГС. С этой целью втайне от матери и парня оформила кредит на 700 тысяч рублей, не размышляя о том, как придётся возвращать такую сумму. Потратила почти все деньги на покупку брендовой одежды и фирменных духов. Спустя 2 месяца осознала, что денежные средства подходят к концу, фон настроения несколько снизился. С целью погашения первого кредита взяла второй на такую же сумму, оформила кредитные карты, однако не сразу принялась выплачивать задолженность, продолжала приобретать нравившиеся товары. Через месяц поняла, что совершает необдуманные поступки, не может контролировать и планировать свои действия, запуталась в финансовых схемах; ощутила резко выраженное снижение настроения, стала испытывать тревогу, подавленность, тоску. Постоянно испытывала тревогу, что не сможет рассчитаться с банком; возобновились эпизоды тревоги, неприятных ощущений в эпигастрии, «кома в горле», головных болей, ощущений нереальности окружающего мира, когда возвращалась к мыслям о своих долгах. Призналась сначала молодому человеку, а затем и матери в содеянном, в результате чего отношения с матерью ухудшились. Чувствовала себя виноватой перед близкими людьми. Появились мысли, что заслуживает смерти, что лучше было бы ей не появляться на свет, чтобы не причинять никому страданий. В 24 года на фоне частых ссор рассталась с молодым человеком, однако сохранила дружеские отношения. Постепенно, в течение года, когда мать начала помогать с финансовыми задолженностями, фон настроения становился более ровным, беспокоящие симптомы проявлялись реже. Чтобы помочь матери, выплачивающей взносы по кредитам, вновь решила найти работу.

В 25 лет на сайте для знакомств познакомилась с молодым человеком-программистом, с которым возникла взаимная симпатия. При общении с ним чувствовала себя легко, свободно, впервые стала испытывать сексуальное влечение. Приняли решение жить вместе, переехала к нему на квартиру. Появилась мечта сочинять роман, стала продумывать его сюжет, начала писать к нему пролог. Спустя 2 месяца совместной жизни стали возникать ссоры. Считала, что она и её избранник – люди с разным характером, не способные понять друг друга; раздражало несоответствие их темпераментов,

безынициативность избранника. Регулярно провоцировала конфликты (преимущественно из-за бытовых мелочей), после которых покидала квартиру, бродила по улице, ожидая его просьб о возвращении. В 2015 году решили завершить отношения, отреагировала на это снижением настроения, плакала, не хотелось ничего делать. Сохранили с ним дружеское общение. В 26 лет приняла предложение выйти за него замуж. Отнеслась к этому с восторгом, приняла решение измениться в лучшую сторону, чтобы не устраивать конфликты. Ощутила прилив сил, настроение повысилось. Спустя два месяца, после очередных конфликтов с гражданским мужем и последовавшем расторжении помолвки, отметила резкие болевые ощущения в области левой молочной железы, чувство онемения в руке. Переживала, что обнаружится наличие онкологического заболевания, искала ответы в интернете, на форумах, боялась обращаться ко врачам. Болевые ощущения стали усиливаться, чувствовала, как в груди «накапливается жидкость», ощущала, будто там формируются «образования», которые самостоятельно перемещались. Испугалась этих ощущений, о чем рассказала матери. Прошла обследование у маммолога, где убедилась в отсутствии патологии, повторно обследовалась у врача-психиатра, вновь начала прием флюанксола; после чего стала спокойнее, болезненные ощущения резко прекратились. Спустя месяц бросила прием препарата.

В 27 лет стала посещать курсы при ВГИК, с целью освоить профессию сценариста. Уволилась из парфюмерного бутика, ходила на собеседования, но не могла найти работу, соответствующую её запросам. В связи с чем настроение на протяжении лета 2017 года оставалось сниженным. Казалось, что окружающие не понимают её, следуют «скучным, взрослым правилам жизни». В сентябре 2017 года фон настроения резко снизился. Вновь стала сравнивать себя с окружающими, приходила к выводу, что её сверстники уже успели обзавестись семьёй и построить карьеру, а она ещё ничего не добилась. Периоды вспыльчивости, раздражительности по отношению к окружающим сменялись чувством вины, сожалением о сказанном. В октябре выросла тревога, возобновились приступы страха, сочетавшиеся с чувством нереальности окружающего мира, отчуждения собственного тела, тошнотой, тяжестью в эпигастрии, ощущением нехватки воздуха; частота и выраженность подобных эпизодов постепенно нарастали. Чувствовала себя подавленной, не могла заставить себя заниматься чем-либо. Жизнь стала казаться невыносимой, будущее виделось в темных тонах; иногда возникало желание, чтобы кто-нибудь лишил её жизни, «чтобы так не мучиться». Во время общения с матерью, которая пыталась ее мотивировать, заставить чем-либо заниматься, пациентка воспринимала это негативно, становилась инициатором ссор, в ходе которых ощущала боли в области рук и ног сжимающего и скручивающего характера, в дальнейшем, данные

явления стали носить постоянный характер. Интенсивность болей стала нарастать, ощущала, что в конечностях «кровь закипает», мышцы сжимаются и «начинают отмирать», не могла контролировать свои движения. Усилилась тревога за свое здоровье. По инициативе матери обратилась на консультацию в НЦПЗ в октябре 2017 года, где было принято решение о госпитализации.

Психическое состояние.

Выглядит моложе своего возраста, одета в юбку и яркую кофту. Волосы убраны в хвост, подвязаны большой яркой розовой резинкой. Сидит, держа осанку, руки держит скрещенными на груди, смотрит в глаза собеседнику. В движениях резка. Держится с вызовом. Выражение лица тревожное, мимика обеднена. На глазах слезы. Голос средней громкости, интонационно насыщенный. Говорит мало, неохотно, требуется задавать наводящие вопросы. Отвечает по существу. Жалуется на ощущение нереальности окружающего «как будто все изменилось», но четко описать это ощущение затрудняется. Предъявляет жалобы на подавленность, потерю интереса к чему-либо, смысла в жизни, на нежелание работать, физическую и моральную слабость, раздражительность, плаксивость, постоянное ощущение «кома» в горле, сопровождающегося нехваткой воздуха, учащением сердцебиения, а также - на боли в грудной области. Жалуется на тревогу за свое здоровье в течение дня, усиливающуюся ночью, так как появляются мысли о том, что из-за кома в горле может задохнуться во сне. Говорит о том, что испытывает боли в руках и ногах, которые описывает как «жжение, горение», отмечает, что боли усиливаются в присутствии матери и врачей. Сообщает, что в ногах «что-то не так с мышцами», что они сильно сжимаются, «каменеют», а кровь в них «закипает», в связи с чем не может заставить себя их поднять или сделать какое-либо движение. Также, отмечает появление «истерик», которые связывает с моментами, когда мать от нее что-то требует, в ходе которых кричит, плачет, во всем теле появляется ощущение «выкручивания», «хочется бежать». Подобные состояния забывает, помнит только по рассказам очевидцев. Весь день проводит лежа в постели. Сон нарушен по типу трудностей засыпания. Аппетит снижен. Отмечает трудности концентрации внимания, сосредоточения, пустоту в голове. Наличие суицидальных мыслей не отрицает, но конкретных планов не строит.

Соматическое состояние.

Правильного телосложения. Достаточного питания, ИМТ=18. Кожные покровы нормальные. Температура: 36,4. Костных повреждений не обнаружено. Периферические л/у не увеличены. Зев обычной окраски. Жалоб со стороны дыхательной системы нет. Дыхание свободное, 17 в мин. При перкуссии легких звук легочный, дыхание

везикулярное, выслушивается над всеми отделами легких. Перкуторно размеры сердца не увеличены, аускультативно тоны сердца звучные, патологических шумов не выслушивается, А/Д 127/89 мм рт. ст. Р=83 уд. в мин., ритмичный, нормального наполнения. Со стороны ЖКТ жалоб нет. Язык чистый, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации безболезнен во всех отделах, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, мочеиспускание не нарушено.

Неврологическое состояние.

Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глазные щели равновеликие, D=S. Фотореакция живая. Движения глазных яблок не ограничены, D=S, безболезненны. Нистагма нет. Тонус мышц удовлетворительный. Чувствительность сохранена. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива.

Во время пребывания в отделении адаптировалась быстро, сформировала круг общения, участвовала в совместном времяпрепровождении, в котором поначалу не принимала активного участия. С удовольствием проходила все обследования, принимала терапию, настаивала на длительном общении с лечащим врачом, врачами других профилей, просила ее «дополнительно» обследовать. В поведении на протяжении лечения в отделении выделялись демонстративность, театральность, зачастую симмулировала симптоматику, подсмотренную у других пациентов, была требовательна к осмотрам лечащего врача. Спустя две недели лечения фон настроения начал выравниваться, тревога проходила медленно, провоцировалась визитами матери, подавленность отмечалась только в первые дни госпитализации, пока не начала общаться с другими больными. Болевые и неприятные ощущения в конечностях прошли на вторую неделю лечения, когда становилась активнее и энергичнее, после подбора терапии. Ощущения нереальности окружающего редуцировались длительное время, на момент выписки отмечались в рамках остаточной симптоматики. Сон нормализовался с первых дней, после назначения транквилизатора. Стала рациональнее относиться к финансовым проблемам и своей жизни в целом. Приняла решение, что будет работать по специальности, искать работу. Несмотря на проводимую терапию и стабилизацию психического состояния в период становления медикаментозной ремиссии сохранялись демонстративно-шантажные черты в поведении, так становилась возбужденной, раздражительной, симулировала прежнюю симптоматику, когда не получала требуемого или желаемого внимания, из-за чего выписка откладывалась на несколько дней.

Катамнестическое наблюдение.

После выписки из НЦПЗ в декабре 2017 года чувствовала себя удовлетворительно, принимала поддерживающую терапию. Однако, сохранялось неприятное ощущение «кома в горле» в моменты стрессовых ситуаций, в связи с чем опасалась, что проблема может быть «не психиатрическая», с недоверием относилась к лечащему врачу-психиатру, многократно обследовалась у интернистов в связи с этим симптомом. Устроилась работать секретарем в туристическую фирму, с помощью матери, которая помогала ей на собеседованиях, приходя вместе с ней. Познакомилась с девушкой-инвалидом, завела дружеские отношения, вместе гуляли, приходила к ней в гости, стремилась помочь, заботилась о ней. Состояние самопроизвольно изменилось осенью 2019 года, когда на фоне самостоятельного уменьшения дозировок препаратов, вновь появилось ощущение нереальности происходящего вокруг, замедленности и отстраненности собственных действий по сравнению с остальным миром. В метро стала появляться тревога, принимала феназепам каждый раз при выходе из дома. Появились трудности сосредоточения, ощущение «каши в голове», рассеянность, сон нарушился по типу удлинения его периода, снизился аппетит. Стала эпизодически употреблять алкоголь в малых количествах. Сохранялось ощущение нереальности происходящего, но говорила, что это перестало ее беспокоить, «привыкла». Однако на фоне стрессовых ситуаций подобные ощущения нарастали и проявлялись с большей интенсивностью. В эти моменты ощущала нехватку воздуха, «падала в обморок». Несколько раз на работе вызывали СМП, которая не находила значимой патологии. Обратилась на амбулаторный прием к врачу-психиатру, была заново подобрана схема терапии. Ощущения изменения реальности прошли, продолжила амбулаторное лечение, исправно принимала лекарства. Познакомилась на работе с мужчиной, с которым быстро завязала романтические отношения, переехала к нему жить, радовалась тому, что съехала от матери, которая «слишком много требовала». Спустя несколько месяцев совместной жизни с мужчиной стала ревновать его к коллегам, считала, что он флиртует с ними за ее спиной, стала мнительной, раздражительной, ссорилась с ним и коллегами. Летом 2019 года, на фоне многократных конфликтов, перенесла расставание с молодым человеком по его инициативе, была вынуждена вернуться к матери. В этот период стали возникать состояния, когда в моменты чрезмерных нагрузок на работе появлялась тревога, «легкость» в ногах, не чувствовала под собой землю, долгое время не могла встать со стула, также ощущала «пустоту» в голове, двоение в глазах. На этом фоне снизилось настроение, появилась апатия, стало неинтересно продолжать работу, считала, что ее занятость не соответствует ее интеллекту, не могла себя заставить ходить на занятия,

появились мысли сменить профессию. Через месяц состояние еще ухудшилось, практически перестала выходить из дома, лежала целыми днями в постели, много курила. Стали беспокоить тянущие боли в области груди, испугалась, что это связано с курением, подозревала у себя рак легких, но обращаться к врачам не хотела из-за отсутствия сил посещать больницу. Вызвать СМП не хотела, боялась вновь попасть в психиатрическую больницу, опасалась, что ей поставят диагноз «шизофрения». Постоянно ощущала «ком» в горле, который также связывала с проявлениями «рака легких», по вечерам появлялась тревога, боялась, что из-за рака может умереть во сне. Нарушился сон, спала около 2-3 часов в сутки, практически ничего не ела. Стала отмечать «булькающие» ощущения в груди, казалось, что там накапливается жидкость, а также, появились диффузные головные боли. По инициативе матери была осмотрена врачом на дому, было рекомендовано стационарное лечение, в связи с чем была повторно госпитализирована.

Психическое состояние.

Выглядит соответственно возрасту, одета в футболку, толстовку с поднятым и надвинутым на лицо капюшоном и спортивные штаны. Волосы распущены по плечам, спадают на глаза. Сидит ссутулившись, руки держит в замке на коленях, смотрит в глаза собеседнику. В движениях резка. Держится с вызовом. Выражение лица тревожное, мимика обеднена. На глазах слезы. Голос средней громкости, интонационно насыщенный. Говорит мало, неохотно, как бы через силу, требуется задавать множество наводящих вопросов. Отвечает по существу. Предъявляет жалобы на тревогу за свое здоровье, опасается, что больна «раком легких», объясняет свои подозрения тем, что испытывает болевые ощущения в груди, «жжение», «бульканье», предполагает, что «в легких может быть жидкость», просит провести необходимые обследования. Также сообщает о постоянных головных болях по типу «обруча», «голову сжимает как раскалённым кругом». Отмечает онемение рук по типу перчаток, снижение их чувствительности. Жалуется на апатию, потерю смысла в жизни, интереса к чему-либо, нежелание учиться, физическую и моральную слабость, раздражительность, плаксивость, постоянное ощущение «кома» в горле, тревогу, усиливающуюся ночью, так как появляются мысли о том, что из-за рака легких может умереть во сне. Весь день проводит лежа в постели, много курит (около полутора пачек сигарет в день). Сон нарушен по типу трудностей засыпания (засыпает около 5 утра и спит до 8). Аппетит снижен. Отмечает трудности концентрации внимания, сосредоточения, пустоту в голове. Наличие суицидальных мыслей не отрицает, но конкретных планов не строит.

Соматическое состояние.

Правильного телосложения. Достаточного питания, ИМТ=18. Кожные покровы без изменений. Температура: 37,0. Костных повреждений не обнаружено. Периферические л/у не увеличены. Зев обычной окраски. Жалоб со стороны дыхательной системы нет. Дыхание свободное, 17 в мин. При перкуссии легких звук легочный, дыхание везикулярное, выслушивается над всеми отделами легких. Перкуторно размеры сердца не увеличены, аускультативно тоны сердца звучные, патологических шумов не выслушивается, А/Д 113/83 мм рт. ст. Р=71 уд. в мин., ритмичный, нормального наполнения. Со стороны ЖКТ жалоб нет. Язык чистый, обычной окраски. Живот мягкий, при пальпации безболезнен во всех отделах, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, мочеиспускание не нарушено.

Неврологическое состояние.

Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глазные щели равновеликие, D=S. Фотореакция живая. Движения глазных яблок не ограничены, D=S, безболезненны. Нистагма нет. Тонус мышц удовлетворительный. Чувствительность сохранена. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива.

В отделении адаптировалась быстро, чувствовала себя комфортно, объясняя это тем, что обстановка «привычная». В состоянии доминировало беспокойство за свое здоровье, просила лечащего врача провести «полное обследование», не доверяла полученным результатам обследований, была капризна в отношении врачей, считала их «некомпетентными». В отделении часто становилась инициатором конфликтных ситуаций, в которых обвиняла других пациентов и младший медицинский персонал в «неуважительном отношении», «оскорблениях», была склонна к псевдологии. Манипулировала посредством имитации прежних жалоб и плаксивостью, вызывая по несколько раз дежурного врача в ночное время суток, когда не могла заснуть. Отмечалась резистентность к проводимой терапии, в связи с чем состояние удалось стабилизировать на 5 неделю лечения, на 3 схеме психофармакотерапии, начал выравниваться фон настроения, нивелировалась тревога, прошла подавленность. Стала спокойнее, поняла, что не больна онкологическим заболеванием, появилась критика к перенесённому состоянию, исчезли болевые ощущения, нормализовался сон. Несмотря на затянувшееся лечение, в отделении чувствовала себя комфортно, не стремилась к выписке. Улучшение состояния было также обусловлено возникшими романтическими отношениями с одним из пациентов, после чего самостоятельно попросила о выписке.

Анализ наблюдения.

Состояние определяется становлением медикаментозной ремиссии низкого качества, что обусловлено психофармакорезистентностью и низким уровнем комплаэнса, а также склонностью к самолечению и самостоятельному прерыванию терапии на этапе редуцирования предшествующих жалоб.

Перенесенное состояние можно квалифицировать как полиморфное депрессивное с наличием тревоги пароксизмального и генерализованного характера, тоски с витальным компонентом, идеями самообвинения, плаксивостью, раздражительностью, обидчивостью, правильным суточным ритмом колебаний настроения, антивитальными размышлениями. В состоянии доминирует сверхценная ипохондрическая идея, сопровождающаяся сенестопатиями и сенесталгиями. Истерическая симптоматика проявляется ситуационно зависимой аффективной лабильностью, конверсионными явлениями (истералгии, «ком в горле», онемение конечностей, приливы жара, парестезии, парезы, явления астазии-абазии), диссоциативными явлениями (истерический обморок с нарушением сознания). Обращает на себя внимание психофизический инфантилизм, своеобразие жизненной логики, склонность к рефлексии, сквозные сверхценные идеи в рамках нарушения пищевого поведения в динамике заболевания, а также стойкая ипохондрическая фиксация.

Больна в течение многих лет, с детского возраста. Заболевание течет непрерывно с нарастанием психопатоподобной, невротической, истерической симптоматики, углублением аффективной симптоматики, социальным и трудовым снижением. В динамике заболевания отмечаются колебания аффекта только депрессивного полюса. Депрессивная симптоматика характеризуется полиморфной структурой, возникающей на фоне психотравмирующих ситуаций, сопровождается развитием обширной конверсионной симптоматики и диссоциативных расстройств, имитирующих деперсонализационные явления по типу «как будто», а также псевдоэпилептических обмороков с нарушением сознания.

Личность больной можно относить к драматическому кластеру, истерическому типу. Учитывая нарастающую социально-трудовую дезадаптацию, оскудение интересов, снижение мотивационной деятельности, инфантильные поступки, можно утверждать, что у больной отмечается формирование дефицита личности по психопатоподобному и эмоционально-волевому типу.

Ds: Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения. Повторная тревожная депрессивная фаза с диссоциативно-конверсионной симптоматикой (F21.3).

4.3 Интегративная оценка исходов на момент катамнеза.

Была проведена обобщенная комплексная оценка состояния пациентов на этапе отдаленного катамнеза, подразумевающая «исход». Под термином «исход» предполагается оценка анализа ряда функционально-динамических особенностей биопсихосоциальной адаптации, существующих на этапе отдаленного катамнеза. Согласно разработанной В.Г. Каледой (2010) типологической ступенчатостью, использовались четыре уровня исхода эндогенного психического заболевания [Голубев С. А., 2022].

«Благоприятный» исход соответствует используемому в современной литературе (Гурович И.Я. и соавт., 2008; Коцюбинский А.П. и соавт., 2017; Kane J., 2006) понятиям «выздоровление» или «интермиссия», разница между которыми заключается в том, что «выздоровление» предполагает полное прекращение болезненного процесса, в то время как «интермиссия» указывает на временный характер сформировавшегося состояния и предполагает возможность развития рецидивов в будущем. Данный вариант исхода, как правило, формируется после однократного или серийных приступов, либо на фоне стойкой ремиссии высокого качества длительностью более 2-х лет с незначительной выраженностью негативных расстройств и высоким уровнем социально-трудовой адаптации [Голубев С. А., 2022].

«Относительно благоприятный» исход, соответствующий понятию «неполного выздоровления» (Laingon E., 2007), характеризовался сохранением приступообразования по типу «клише» или постепенной утратой тенденции к приступообразованию и ремиссиями высокого качества с незначительной выраженностью негативных расстройств с сохранением прежнего уровня социальной адаптации или некоторым его снижением [Голубев С. А., 2022].

«Относительно неблагоприятный» исход, характеризовался сохранением тенденции к приступообразованию, течением заболевания по

типу «клише» или прогрессивным течением процесса, при которых происходило нарастание отчётливых негативных изменений со стойким снижением социально-трудовой адаптации, зачастую сопровождавшимся утратой трудоспособности [Голубев С. А., 2022].

«Неблагоприятный» исход, характеризовался прогрессирующим усложнением картины психотических состояний или переходом заболевания к хроническому психотическому течению с выраженными негативными изменениями, грубыми нарушениями социально-трудовой адаптации, утратой трудоспособности, в ряде случаев – ограничением или снижением дееспособности [Голубев С. А., 2022].

Для оценки состояний на момент катамнеза выделены следующие типы состояний в рамках нозологических групп аффективного и шизофренического спектра, с зафиксированными проявлениями истерических расстройств: 1 тип - истерические расстройства, сопряженные с аффективными расстройствами, 2 тип - истерические расстройства, сопряженные с психотическими расстройствами, 3 тип - кастовые истерические расстройства (см. табл. 14).

Таблица 14 – Комплексная оценка исходов и сравнительный уровень трудовой адаптации и семейного статуса.

	Типологическая группа							
	1 тип		2 тип		3 тип		Итого	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Всего больных	5	100,00%	8	100,00%	7	100,00%	0	100,00%
Благоприятн.	5	33,33%	1	5,56%	3	17,64%	9	18,00%
Относительно благоприятн.	5	33,33%	2	11,11%	5	29,41%	2	24,00%
Относительно неблагоприятн.	4	26,67%	9	50,00%	5	29,41%	8	36,00%
Неблагоприятн.	1	6,67%	6	33,33%	4	23,53%	1	22,00%
$\chi^2 = 16,5315, p = 0,010$								
Уровень трудовой адаптации								
Профессион. рост	4	26,67%	1	5,56%	2	11,76%	7	14,00%
Трудоспособн. на исходном уровне	7	46,67%	5	27,78%	4	23,52%	6	32,00%
Трудоспособн. на сниженном уровне	3	20,00%	7	38,89%	7	41,18%	17	34,00%
Утрата трудоспособн.	1	6,67%	5	27,78%	4	23,52%	0	20,00%
$\chi^2 = 12,8432, p = 0,046$								
Уровень семейного статуса								
Холост (не замужем)	4	26,67%	5	27,78%	5	29,41%	14	28,00%
Женат (замужем)	0	66,67%	7	38,89%	8	47,06%	25	50,00%
Разведен (-а)	1	6,67%	6	33,33%	4	23,53%	11	22,00%
$\chi^2 = 8,9323, p = 0,147$								

«Благоприятный» исход встречался в 18,00% наблюдений (9 пациентов) (баллы 81-100 по шкале PSP). Данный исход соответствует понятиям «выздоровление» или «интермиссия» (Гурович И.Я. с соавт., 2008; Коцюбинский А.П. с соавт., 2017; Kane J., 2006). «Выздоровление» подразумевает полное отсутствие психопатологической симптоматики,

прекращение болезненного процесса, в то время как «интермиссия» подразумевает темпоральный характер состояния и допускается возможность формирования рецидива заболевания в дальнейшем. Данный вариант исхода, как правило, устанавливается после однократного аффективного эпизода или шизофренического приступа, либо на фоне стойкой ремиссии высокого качества длительностью более 2-х лет с незначительной выраженностью негативных расстройств и высоким уровнем социально-трудовой адаптации [Голубев С. А., 2022]. На момент катамнестического исследования наибольшее число благоприятных исходов отмечалось у пациентов 1 типа, в группе проявления истерической симптоматики, сопряженной с аффективными заболеваниями (33,33%, 5 пациентов). У 26,67% (4 пациента) данной группы отмечался профессиональный рост, у 46,67% (7 пациентов) трудоспособность сохранялась на исходном уровне.

«Относительно благоприятный» исход, симметричный понятию «неполного выздоровления» (Lauronen E., 2007), отмечался в 24,00% наблюдений (12 пациентов) (баллы 61-80 по шкале PSP). Данный исход заключался в персистировании психопатологической симптоматики в слабовыраженном виде, преимущественно в виде субаффективных колебаний в сторону гипотимии, снижения концентрации внимания, затруднения анализа поступающей информации, повышенной утомляемостью, абулическими проявлениями, а также, в виде сохранения отдельных стрессзависимых истерических расстройств конверсионного или диссоциативного типа, с некоторым снижением или сохранением прежнего уровня социально-трудовой, учебной адаптации и довольно высоким качеством жизни. Данный исход равнозначно встречался в группе истерических проявлений, сопряженных с аффективными расстройствами и в группе кастовой истерической симптоматики (по 5 наблюдений). Среди больных 3 типа профессиональный рост отмечался в 11,76% случаев (2 пациента), в 23,52% случаев трудоспособность сохранялась на исходном

уровне (4 пациента), и в 23,52% случаев отмечалась полная ее утрата (4 пациентов).

«Относительно неблагоприятный» исход, отмечался в 36,00% случаев (18 пациентов) (баллы 41-60 по шкале PSP), заключался в виде сохранения на прежнем уровне или в виде незначительного редуцирования персистирующей психопатологической симптоматики, сохранением тенденции к приступообразованию, формированию повторных аффективных фаз, течением заболевания по типу «клише» или прогрессивным течением процесса, отмечалось нарастание выраженных негативных изменений личности со стойким снижением социально-трудовой адаптации, зачастую сопровождавшееся утратой трудоспособности, снижением резистентности к стрессовым событиям, сужение круга интересов, ухудшение качества жизни. Данный вариант исхода преимущественно встречался во 2 типе - истерических проявлений, сочетанных с психотической симптоматикой (9 пациентов, 50,00%). Только 1 пациент (5,56%) продемонстрировал в данной группе профессиональный рост, у 5 пациентов (27,78%) трудоспособность сохранилась на прежнем уровне, в 38,89% случаев (7 пациентов) трудоспособность снижалась, и полная утрата трудоспособности отмечалась в 27,78% случаев (5 пациентов).

«Неблагоприятный» исход (1-40 баллов по шкале PSP) на момент 10-летнего катамнеза наблюдался в 22,00% случаев (11 пациентов) и заключался в отягощении картины заболевания, присоединении новой психопатологической симптоматики, углублением ранее сформированных расстройств, нарастании выраженных негативных изменений личности в случае шизофренического процесса и формировании истерического реагирования в случае аффективного заболевания, континуальном персистировании истерической симптоматики, преимущественно конверсионного и соматоформного регистра. Отмечалась выраженная дезадаптация в социально-трудовых сферах, зачастую, с формированием инвалидности. Данный вариант исхода преимущественно выявлялся во 2

типе – истерических проявлений, сопряженных с психотической симптоматикой (33,33%, 6 пациентов) и 3 типе – кастовой истерической симптоматики (23,53%, 4 пациента).

Таким образом, благоприятный исход преимущественно отмечался в 1 типе – сочетании истерических проявлений с аффективными расстройствами (33,33%), 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 во 2 типе – в варианте сочетания истерических расстройств с психотической симптоматикой (33,33%). Предикторами неблагоприятного прогноза заболевания являлись: высокая частота задержанного онтогенеза, преморбидного склада 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 прогнозом считалось наличие соматогении в продроме заболевания у больных с психастеническим и истерошизоидным личностным радикалом, способствующим дальнейшему развитию стойкого соматоформного расстройства.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ эндогенных аффективных заболеваний и шизофрении, сопряженных с истерической симптоматикой, выявил ряд междисциплинарных различий как в механизмах формирования феномена истерических расстройств, так и в особенностях его клинической картины. Проведенное исследование истерических расстройств представляется оправданным и приближенным к решению определения

прогностической значимости и влияния на клинико-социальный и клинико-функциональный исходы.

Истерическая симптоматика в структуре эндогенных аффективных заболеваний и шизофрении выявляла различия в рамках представленных нозологий относительно скорости и интенсивности нарастающих расстройств, их клинической структуры, относящейся к конверсионным, диссоциативным или соматоформным проявлениям, сопряженности с манифестацией эндогенного заболевания в период повторных фаз или приступов, а также в ремиссионном периоде. Выявленные клинические различия характеризовались сопряженностью с характером осевого аффективного или психотического синдрома. В том числе отмечались нозологические различия в отношении исходов истерических расстройств.

При сочетанном проявлении истерической симптоматики и аффективных расстройств первая проявлялась преимущественно конверсионными нарушениями, с меньшим включением диссоциативных расстройств. В зависимости от характера и структуры возникающих аффективных расстройств были выделены три варианта аффективного синдрома: тревожно-ипохондрический, апато-динамический и депрессии с преобладанием нарушения поведения в рамках акцентуации личности истерического круга, от которых в дальнейшем зависело течение и исход эндогенного заболевания. Истерическая симптоматика выявляла отчетливое психопатологическое сродство с осевым аффективным синдромом в отношении его течения и последующего редуцирования.

В клинической группе биполярного аффективного расстройства истерическая симптоматика возникала исключительно в депрессивных фазах, не проявляясь в маниакальных. В анамнезе 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, представленных аффективной лабильностью и стрессиндуцированными «малыми конверсионными расстройствами» (парестезии, анестезии, истералгии, истерический «ком», единичные соматоформные дисфункции) которые в катамнестическом исследовании постепенно встраивались в реагирование больных, не нарушая социально-трудовую адаптацию.

В клинической группе рекуррентного депрессивного расстройства отмечалось различие в отношении картины истерических расстройств у разных полов. 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 катамнестическом периоде наблюдения у больных выявлялось углубление характерологических истерических черт.

В нозологической группе шизофрении отмечалось преобладание состояний, для которых было характерно сочетание истерических расстройств диссоциативно-конверсионной структуры. Истерическая симптоматика возникала в субпсихотическом периоде и полностью редуцировалась на высоте формирования психотического состояния и

напрямую коррелировала с формирующимися продуктивными расстройствами.

В клинической группе шизофрении параноидной с эпизодическим течением истерическая симптоматика сохранялась только в структуре аффективных фаз и психотических приступов, имела гротескный 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 катamnестическом 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 социальный уровень. В ремиссионном периоде у больных отмечались стойкие и ригидные истерические поведенческие установки по типу искажения влечений с пуэрильностью, зависимостью, обидчивостью, которые со временем сопровождали формирование психопатоподобных изменений личности.

В клинической группе шизотипического расстройства, предполагающего малую прогрессивность течения истерическая симптоматика преимущественно включала конверсионный и соматоформный спектр расстройств, с меньшим числом диссоциативных проявлений. Существенно также гендерное различие в данной группе, где у мужчин преимущественно формировалась соматоформная симптоматика, когда 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 вязкости 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-конверсионный спектр симптомов. 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 в рамках акцентуации истерического круга, личность больных приобретала шизоидные и истероформные черты, формировались негативные изменения личности по типу психопатоподобного дефекта.

Заявленное в главе рассмотрение структуры сопряжения истерической симптоматики и эндогенных заболеваний аффективного спектра и шизофрении представляет существенно меньший простор для расплывчатых формулировок и смешения понятий при определении клинической картины аффективных или психотических синдромов в сочетании с истерическими расстройствами. Представленные нозологические варианты, отражающие различные соотношения истерического симптомокомплекса и иных психопатологических образований в структуре эндогенных психических заболеваний свидетельствуют о гетерогенности и патогенетической обособленности выделенных типов истерического синдрома, несут информацию и о различиях их клинического и социального прогноза. При всей очевидности корреляции типа истерического симптомокомплекса с формированием психопатологической картины фазы или приступа, демонстрирующие соподчиненность, необходимо было проследить указанные соотношения при

более длительном наблюдении, возможного при катаристическом исследовании когорты [Бархатова А.Н., 2016].

Всестороннее изучение этой проблемы позволит разрабатывать и внедрять в клиническую практику наиболее эффективные программы терапии, направленные на успешную адаптацию данной категории больных.

ГЛАВА 5. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АФФЕКТИВНОГО И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРОТЕКАЮЩИМИ С ИСТЕРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.

Задача данного раздела исследования выявить сходства и различия в психопатологическом профиле нарушений для пациентов, у которых истерический симптомокомплекс занимает высокий дельный вес в клинических проявлениях картины эндогенного психоза. Для реализации поставленной задачи пациентам из групп, сопряженных с психотической симптоматикой, с аффективной симптоматикой и группы пациентов с каustовой истерической симптоматикой, а также контрольной группе был предложен ряд методик, на основе результатов которых были определены корреляционные связи, а также описана структура личностных убеждений и особенности когнитивных процессов, в частности: индивидуальный профиль саморегуляции, ведущие убеждения, личностные стратегии, особенности познавательной деятельности и смысловой регуляции.

Методики исследования.

Для реализации поставленных задач исследования было использовано четыре методики, выбор которых обусловлен необходимостью провести анализ личностных убеждений пациентов четырех групп, а также выявить корреляционные связи между степенью выраженности личностных черт и особенностями мышления.

Методика №1. Опросник личностных убеждений А. Бека (см. приложение №8) основан на когнитивной теории личностных расстройств и направлен на измерение особенностей личностных убеждений о себе и мире. Согласно модели А. Бека, чрезмерная выраженность тех или иных убеждений приводит к дезадаптации и характерна для расстройств личности, так в рамках каждого расстройства преобладают определённые ключевые убеждения и стратегии. Опросник включает 10 субшкал, названия которых

соответствуют тем расстройствам личности, при которых такие убеждения проявляются особенно ярко: личностные убеждения избегающего, зависимого, пассивно-агрессивного, навязчивого, антисоциального, нарциссического, истерического, шизоидного, параноидного, пограничного типа. Определение личностных убеждений обусловлено необходимостью оценки личностных особенностей пациентов и выявлением корреляционных связей с тремя нижеописанными методиками.

Методика №2. Опросник стиль саморегуляции поведения В.И. Моросановой (ССПМ) (см. приложение №9) направлен на диагностику развития индивидуальной саморегуляции и ее индивидуального профиля, состоящего из шести шкал, выделяемых в соответствии с основными регуляторными процессами, а именно: показатели планирования, моделирования, программирования, оценки результатов, а также показатели развития регуляторно-личностных свойств – гибкости и самостоятельности [Осадчук О. Л., 2008]. Седьмой показатель – общий уровень саморегуляции – характеризует уровень сформированности индивидуальной системы саморегуляции произвольной активности человека. Определение стиля саморегуляции в данном исследовании обусловлена необходимостью оценки личностных особенностей при планировании, учёте значимых внешних и внутренних условий и программировании достижения жизненных целей, а также оценки и коррекции собственной активности для достижения желаемых результатов.

Методика №3. Методика противоречивые высказывания М.Г. Виноградовой направлена на исследование и выявление специфических нарушений познавательной деятельности, определение соотношения аффективных и когнитивных компонентов в структуре нарушений психической деятельности, а также на определение влияния смысловой регуляции на познавательную сферу пациентов. Стимульный материал методики представляет собой краткие высказывания в форме пословиц и афоризмов на тему морали, справедливости, правил, регулирующие поступки

людей [М.Г. Виноградова, 2004]. Каждому высказыванию соответствует высказывание с противоположным значением, высказывания предъявляются на листе бумаги. Испытуемым предлагается отметить с какими высказываниями они согласны, а с какими нет. Выбор методики обусловлен необходимостью определения влияния смысловой регуляции на познавательную деятельность пациентов, в частности выявление специфических черт, оказывающих искажающее влияние на процесс восприятия и интерпретации событий.

Методика №4. Методика "Составление рассказов по сюжетным картинкам Бидструпа" Б.И. Белого представляет собой проективный метод, где объектом проекции являются карикатуры юмористического содержания Херлуфа Бидструпа. Выбор методики обусловлен возможностью определения двух ключевых аспектов: так решение мыслительной задачи по составлению рассказа предоставляет информацию о различных сторонах процесса мышления – операциональной, динамической, мотивационной (мотивационно-личностный компонент мышления), а стиль решения задачи, в свою очередь, рассказывает об индивидуально-личностных характеристиках процесса мышления.

Проверка значимости различий между тремя группами пациентов по методикам "Опросник личностных убеждений А.Бека", "Опросник стиль саморегуляции поведения В.И. Моросановой" и "Методика противоречивые высказывания М.Г. Виноградовой" была проведена с помощью критерия Манна-Уитни. Корреляционный анализ данных был проведен с помощью непараметрического коэффициента корреляции Ч. Спирмена. Для оценки значимости изменений в значениях шкал в первом и втором тестировании был использован критерий Уилкоксона.

Для проверки значимости различий между группами пациентов по методике «Рассказ по карикатурам Бидструпа» были использованы таблицы сопряженности с подсчетом критерия хи-квадрат Пирсона.

План исследования и основные гипотезы.

Для проведения исследования пациенты были разделены на четыре группы:

1) Группа пациентов с истерическим расстройством, сопряженным с психотической симптоматикой, куда вошли 29 пациентов (средний возраст $28 \pm 8,63$ года).

2) Группа пациентов с истерическим расстройством, сопряженным с аффективной симптоматикой, куда вошли 26 пациентов (средний возраст $31,5 \pm 10,15$ лет.).

3) Группа пациентов с кастовой истерической симптоматикой, куда вошли 14 пациентов (средний возраст $36 \pm 11,7$).

4) Контрольная группа, куда было включено 20 испытуемых (средний возраст $29,9 \pm 9,12$ года).

С пациентами первых трех групп проводилось по два замера – в начале и в конце пребывания в стационаре. С испытуемыми из контрольной группы проводилось одно тестирование. Исследование не было сплошным, в связи с тем, что некоторые пациенты выбыли из исследования до того, как с ними был проведен весь комплекс методик. В силу малочисленности группы пациентов с «кастовой» истерической симптоматикой результаты по оценке психологических особенностей динамики состояния, а также корреляционных связей представлены в ограниченном виде.

В рамках исследования был произведён анализ личностных убеждений испытуемых из группы истерических расстройств, сопряжённых с психотической симптоматикой, в их сопоставлении с группой истерических расстройств, сопряженных с аффективной симптоматикой, и контрольной группой; были установлены связи между степенью выраженности личностных черт испытуемых и особенностями мышления, выявленными при помощи выбранных методик; а также рассмотрена динамика изменения состояния пациентов, когнитивных нарушений и изменения личностных

характеристик, что стало возможным благодаря проведению двух тестирований – в начале и в конце терапии в рамках стационара клиники.

Для реализации поставленных задач был применён метод корреляционного анализа и описаны следующие переменные:

Методика №1. Опросник личностных убеждений А. Бека - корреляционные переменные: личностные убеждения избегающего типа, зависимого типа, пассивно-агрессивного типа, обсессивно-компульсивного, антисоциального типа, нарциссического типа, истерического типа, шизоидного типа, параноидного типа, пограничного типа;

Методика №2. Опросник стиль саморегуляции поведения В.И. Моросановой - корреляционные переменные: степень выраженности личностных убеждений пациентов (данные методики №1) и данные по параметрам «планирование», «моделирование», «программирование», «оценивание результатов», «гибкость», «самостоятельность», «общий уровень саморегуляции»;

Методика №3. Методика противоречивые высказывания М.Г. Виноградовой - корреляционные переменные: степень выраженности личностных убеждений пациентов (данные методики №1) и чувствительность к противоречиям;

Методика №4. Методика "Составление рассказов по сюжетным картинкам Бидструпа" Б.И. Белого - проводился анализ таких показателей как: понимание юмористического подтекста; равнодушная оценка персонажей или ситуации; оценочные суждения относительно всей ситуации и характера персонажей; утрированная/неадекватная эмоциональная оценка.

В рамках исследования были выдвинуты следующие гипотезы:

Гипотеза №1: чем сильнее степень проявления истерических личностных черт, тем менее доступны такие операции мышления как моделирование и оценивание результатов деятельности.

Гипотеза №2: чем выше степень выраженности личностных убеждений истерического типа, тем меньше чувствительность к противоречиям.

Гипотеза №3: в рассказах испытуемых из группы истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой, будет статистически значимо больше оценочных суждений в отношении описываемых ситуаций.

Гипотеза №4: Личностные убеждения пациентов стабильны и существенно не изменяются под влиянием терапии, получаемой в ходе пребывания в стационаре.

Гипотеза №5: на фоне терапии в ходе пребывания в стационаре у пациентов к концу лечения будет наблюдаться изменение характеристик осуществления когнитивной деятельности.

Описание результатов эмпирического исследования.

Методика №1. Опросник личностных убеждений А.Бека.

При сравнении группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой и контрольной группой было выявлено наибольшее количество статистически значимых различий (9 из 10 шкал), а именно различия по шкалам личностные убеждения 1) избегающего типа (при $p \leq 0,01$); 2) зависимого типа (при $p \leq 0,01$); 3) пассивно-агрессивного типа (при $p \leq 0,01$); 5) антисоциального типа (при $p \leq 0,01$); 6) нарциссического типа (при $p \leq 0,01$); 7) истерического типа (при $p \leq 0,01$); 8) шизоидного типа (при $p \leq 0,01$); 9) параноидного типа (при $p \leq 0,01$); 10) пограничного типа (при $p \leq 0,01$). Показатели группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой значительно выше показателей контрольной группы. Незначимыми являются только различия по шкале личностных убеждений обсессивно-компульсивного типа (шкала 4).

При сравнении группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой и контрольной группой были

выявлены статистически значимые различия по 6 шкалам из 10, а именно различия по шкалам личностные убеждения 1) избегающего типа (при $p \leq 0,01$); 2) зависимого типа (при $p \leq 0,01$); 5) антисоциального типа (при $p \leq 0,05$); 6) нарциссического типа (при $p \leq 0,05$); 7) истерического типа (при $p \leq 0,05$); 10) пограничного типа (при $p \leq 0,01$). Показатели группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой значительно выше показателей контрольной группы.

При сравнении группы пациентов с "кастовой" истерической симптоматикой и контрольной группой были выявлены статистически значимые различия по 7 шкалам из 10, а именно различия по шкалам личностные убеждения 1) избегающего типа (при $p \leq 0,01$); 2) зависимого типа (при $p \leq 0,01$); 3) пассивно-агрессивного типа (при $p \leq 0,01$); 6) нарциссического типа (при $p \leq 0,01$); 7) истерического типа (при $p \leq 0,01$); 8) шизоидного типа (при $p \leq 0,01$); 10) пограничного типа (при $p \leq 0,01$). Показатели группы пациентов с "кастовой" истерической симптоматикой значительно выше показателей контрольной группы.

При сравнении групп пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой и психотической симптоматикой были выявлены статистически значимые различия по 4 шкалам из 10, а именно различия по шкалам личностные убеждения 1) избегающего типа (при $p \leq 0,05$); 7) истерического типа (при $p \leq 0,05$); 9) параноидного типа (при $p \leq 0,05$); 10) пограничного типа (при $p \leq 0,01$). Выраженность перечисленных черт достоверно выше в группе истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой.

При сравнении группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой и группы пациентов с "кастовой" истерической симптоматикой были выявлены статистически значимые различия по 3 шкалам из 10, а именно различия по шкалам личностные убеждения 7) истерического типа (при $p \leq 0,05$); 9) параноидного типа (при $p \leq 0,05$); 10) пограничного типа (при $p \leq 0,01$). Выраженность

перечисленных черт значимо выше в группе истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой.

При сравнении группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой и группы пациентов с "кастовой" истерической симптоматикой были выявлены статистически значимые различия по 3 шкалам из 10, а именно различия по шкалам личностные убеждения 1) избегающего типа (при $p \leq 0,05$); 2) зависимого типа (при $p \leq 0,01$); 7) истерического типа (при $p \leq 0,05$); 10) пограничного типа (при $p \leq 0,01$). Выраженность перечисленных черт значимо выше в группе пациентов с "кастовой" истерической симптоматикой.

Методика №2. Опросник стиль саморегуляции поведения В.И. Моросановой.

При сравнении групп пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой и контрольной группой были подтверждены значимые различия по следующим шкалам: моделирование (при $p \leq 0,01$), программирование (при $p \leq 0,05$), оценивание результатов (при $p \leq 0,01$) и самостоятельность (при $p \leq 0,01$), при этом в контрольной группе по шкалам моделирования, программирования и оценивания результатов показатели значительно выше, чем в группе, сопряженной с психотической симптоматикой, а самостоятельность, наоборот, выражена слабее, чем в экспериментальной группе.

При сравнении групп пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой, "кастовой" истерической симптоматикой и контрольной группой были подтверждены значимые различия по шкале моделирования (при $p \leq 0,05$) – у контрольной группы результаты по этой шкале оказались существенно выше (см. табл. 15).

Таблица 15 - Особенности стиля саморегуляции поведения.

Группа	Сопр. с психот.	Среднее Ст.откл.	«Кастов.»	Среднее Ст.откл.	Сопр. с афф.	Среднее Ст.откл.
1. Планирование <i>(низкий менее 3, средний 4-6, высокий более 7)</i>	5,40	2,19	5,36	2,41	5,40	2,06
2. Моделирование <i>(низкий менее 3, средний 4-6, высокий более 7)</i>	4,10	1,97	4,71	2,11	4,75	2,07
3. Программирование <i>(низкий менее 4, средний 5-7, высокий более 8)</i>	5,70	1,56	5,91	2,03	5,71	1,71
4. Оценивание результатов <i>(низкий менее 3, средний 4-6, высокий более 7)</i>	5,10	1,90	5,47	1,54	6,10	1,45
5. Гибкость <i>(низкий менее 4, средний 5-7, высокий более 8)</i>	6,10	1,45	5,66	2,43	5,45	2,21
6. Самостоятельность	5,85	1,84	4,89	2,34	4,70	2,18
7. Общий уровень саморегуляции <i>(низкий менее 23, средний 24-32, высокий более 33)</i>	27,45	5,94	27,95	6,14	27,75	5,50

Несмотря на то, что статистическая обработка данных и проверка значимости различий с помощью критерия Краскела-Уоллиса не подтвердила значимость различий между группами пациентов с

истерическим расстройством, сопряженным с психотической и аффективной симптоматикой, нам все же представляется важным обсудить разницу в средних значениях между группами.

У группы пациентов с истерическими расстройствами, возникающими в рамках психотической и аффективной симптоматики совпадают результаты по шкалам планирование, программирование и по общему уровню регуляции, на основании данных результатов мы можем говорить о том, что пациенты данных групп в равной степени способны выдвигать и удерживать цели, осознанно планировать свои действия, продумывая способы достижения намеченных ранее целей, однако стоит отметить различия в показателях по шкалам развития регуляторно-личностных свойств, а именно шкалы "самостоятельность" (24,5% по сравнению с группой, сопряженной с аффективной симптоматикой) и "гибкость" (11,9% по сравнению с группой с аффективной симптоматикой), что может говорить о том, что у пациентов из группы, сопряженной с психотической симптоматикой больше развита внутренняя автономность и независимость в планировании, организации и выполнении деятельности, направленной на реализацию поставленной цели, а также автономность при анализе и контроле промежуточных и конечных результатов деятельности, в то время как пациенты из группы протекающей с аффективной симптоматикой в большей степени зависимы от мнений и оценок окружающих, влияющих, как на процесс, так и на результаты их деятельности, направленной на достижение цели [Осадчук О. Л., 2008]; также стоит отметить, что пациенты из группы истерических расстройств, коррелирующей с психотической симптоматикой демонстрируют более высокие показатели регуляторной гибкости, что обуславливает бóльшую пластичность всех регуляторных процессов, иными словами их возможность более адаптивно реагировать на непредвиденное изменение внешних и внутренних условий через корректировку собственной деятельности, планов, путей реализации поставленной цели, подобная гибкость позволяет

адекватно реагировать на быстрое изменение событий и успешно решать поставленную задачу в изменяющихся условиях [Осадчук О. Л., 2008].

Обращают на себя внимание также более низкие результаты пациентов из группы истерических расстройств, в рамках психотической симптоматики по сравнению с группой истерических расстройств, сопряженных с аффективной симптоматикой по таким шкалам, как "моделирование" (-13,7% по сравнению с группой сравнения) и "оценивание результатов" (-16,3%), что может говорить о том, что у пациентов из группы истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой в меньшей степени развиты представления о внешних и внутренних значимых условиях достижения целей, степень их осознанности, детализированности и адекватности, иными словами для пациентов характерны трудности при определении цели и программы действий, адекватной текущей ситуации и имеющимся возможностям; в свою очередь более низкие показатели по шкале "оценивание результатов" свидетельствуют о меньшей адекватности оценки человеком себя и результатов своей деятельности, а также неустойчивости субъективных критериев оценки результатов, как в процессе деятельности, так и при оценке конечного результата [Осадчук О. Л., 2008].

При сопоставлении результатов группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой и контрольной группой на первый план выходят более низкие результаты по шкалам "моделирование" (-34,9%), "оценивание результатов" (-22,1%), "программирование" (-16,2%) и "общий уровень саморегуляции" (-10,7%), а также более высокие баллы по шкалам "самостоятельность" (58,1%) и "гибкость" (11,9%), что в свою очередь это может свидетельствовать о том, что они меньше склонны опираться на мнение и оценки окружающих, а способ принятия решений может быть охарактеризован как более пластичный, при этом по шкале "планирование" существенные различия между группами выявлены не были (-1,8%). Уровень самостоятельности пациентов из группы истерических расстройств, сопряженных с

психотической симптоматикой, значительно превосходит показания испытуемых как из группы истерических расстройств, так и при сравнении с контрольной группой. Более того, можно предположить, что за "самостоятельностью" больных может стоять неспособность учитывать мнение окружающих, а за "гибкостью" - неустойчивость, хаотичность процесса принятия решений.

Методика №3. Методика противоречивые высказывания М.Г. Виноградовой.

При исследовании чувствительности к противоречиям в методике "Противоречивые высказывания" проверка значимости не выявила значимых различий между группами, однако анализ средних значений по трём группам показал, что испытуемые из группы истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой на 4,7% менее чувствительны к противоречиям, чем пациенты из группы с «кастовой» истерической симптоматикой, на 6,5% менее чувствительны к противоречиям, чем испытуемые из группы истерических расстройств, сопряженной с аффективной симптоматикой, и на 11,6% менее чувствительны чем испытуемые из контрольной группы (см. табл. 16).

Таблица 16 - Чувствительность к противоречиям.

Истерическое расстройство, сопряженное с психотической симптоматикой	Среднее значение	Станд.откл.	% изменения по сравнению с экспериментальной группой
Общий балл	19	4,12	
"Кастовая" истерическая симптоматика	19,90	5,38	-4,73 %
Истерическое расстройство, сопряженное с аффективной симптоматикой	Среднее значение		
Общий балл	20,25	5,07	-6,58 %
Контрольная группа	Среднее значение		
Общий балл	21,22	4,43	-11,60 %

Методика №4. «Составление рассказов по сюжетным картинкам Бидструпа» Б.И. Белого.

При исследовании влияния смысловой регуляции на познавательную деятельность пациентов, в частности специфических черт, оказывающих искажающее влияние на процесс восприятия и интерпретации событий, а также при сравнении результатов между группами значимые различия были выявлены и подтверждены по шкалам: "Рассказ по карикатурам Бидструпа: значимые различия в группах пациентов с истерическим расстройством, сопряженным с психотической симптоматикой, с аффективной симптоматикой, с "кастовой" истерической симптоматикой и контрольной группой", а именно по шкалам "понимание юмористического подтекста", "равнодушная оценка персонажей или ситуации", "оценочные суждения относительно всей ситуации и характера персонажей", "утрированная/неадекватная эмоциональная оценка". Помимо значимого

отличия результатов клинических групп от контрольной, характер различий между группами сравнения имел неоднородный характер (см. табл. 17).

Таблица 17 - Рассказ по карикатурам Бидструпа.

Карикатуры Бидструпа	Частота	Группы			
		Сопряженная с психотической симптоматикой	"Кастовая"	Сопряженная с аффективной симптоматикой	Контрольная
Понимание юмористического подтекста (Хи-квадрат при $p \leq 0,05$)	Нет	5	4	2	0
	Однократно	2	1	2	2
	Есть	13	14	16	18
	Итого	20	20	20	20
Равнодушная оценка ситуации и/или персонажей (Лин. связь при $p \leq 0,05$)	Нет	14	18	19	20
	Однократно	1	1	1	0
	Есть	5	1	0	0
	Итого	20	20	20	20
Оценочные суждения о характере ситуации и/или персонажей (Линейная связь при $p \leq 0,05$)	Нет	11	18	19	20
	Есть	9	2	1	0
	Итого	20	20	20	20
Адекватность эмоциональной оценки ситуации (Хи-квадрат при $p \leq 0,05$)	Нет	16	1	0	0
	Есть	4	19	20	20
	Итого	20	20	20	20

Наибольшие трудности при понимании юмористического подтекста наблюдались у группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой (7 пациентов, из которых 5 не смогли распознать подтекст ни в одной из проб), что значительно отличает её

от группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой, для которой выявляется наименьшее количество ошибок (4 пациента, из которых 2 не смогли распознать подтекст ни в одной из проб); в свою очередь группа пациентов с "кастовой" истерической симптоматикой занимает промежуточное положение между двумя вышеописанными группами.

По шкале "оценочные суждения" подтверждена линейно-линейная связь между группами, так в группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой было выявлено больше всего оценочных суждений (9 пациентов), затем по количеству оценочных суждений следуют группа пациентов с "кастовой" истерической симптоматикой (2 пациента) и группа пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой (1 пациент), при том, что в контрольной группе подобные оценочные суждения не проявлялись.

По шкале "равнодушная оценка ситуации и/или персонажей" наблюдается схожая тенденция, таким образом у группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой (6 пациентов) чаще наблюдается равнодушная оценка в отличие от группы пациентов с кастовой истерической симптоматикой (2 пациента), группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой (1 пациент) и контрольной группой, где равнодушная оценка не наблюдалась.

По шкале "адекватности эмоциональной оценки ситуации" группа пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой, значительно отличается от других клинических групп и демонстрирует наибольший процент неадекватной, утрированной эмоциональной оценки.

Резюмируя вышесказанное и учитывая задачи, обуславливающие выбор методики, а именно оценка операциональной, динамической и

мотивационной стороны мышления (мотивационно-личностного компонента мышления), а также определение индивидуально-личностных характеристик процесса мышления, стоит отметить, что в группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой были выделены следующие особенности и характерные черты, отличающие данную группу от других групп сравнения, а именно:

а) при составлении рассказов больные чаще других групп опирались на несущественные моменты предложенного изображения, не отражающие реальные отношения между персонажами и выстраивали свой рассказ на их основе, подобное искажение мышления, приводило как к трудностям объективной оценки предложенного изображения, так и выраженным трудностям понимания юмористического подтекста ситуации (иначе говоря, возможного переносного смысла), таким образом нарушения операциональной стороны мышления в данной группе проявлялись значительно чаще, чем в иных группах сравнения;

б) рассказы данной группы пациентов отличает изобилие деталей, оценочных суждений, они преимущественно дают имена персонажам, используют прямую речь, озвучивают мысли персонажей, при повествовании речь пациентов развернута и эмоционально окрашена в силу надления ситуаций личностным смыслом; пациентам, помимо изобилия оценочных суждений относительно ситуаций и персонажей свойственны высказывания резонерского, морализаторского характера, что может указывать на более выраженные нарушения мотивационно-личностного компонента мышления, а именно снижение целенаправленности мыслительного процесса;

в) в некоторых случаях пациентам этой группы было свойственно отождествление себя с изображенными персонажами, так что исходя из рассказа было невозможно различить объективно заданный на изображении сюжет и собственную, субъективную оценку пациентов.

В свою очередь в группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой, рассказы по карикатурам

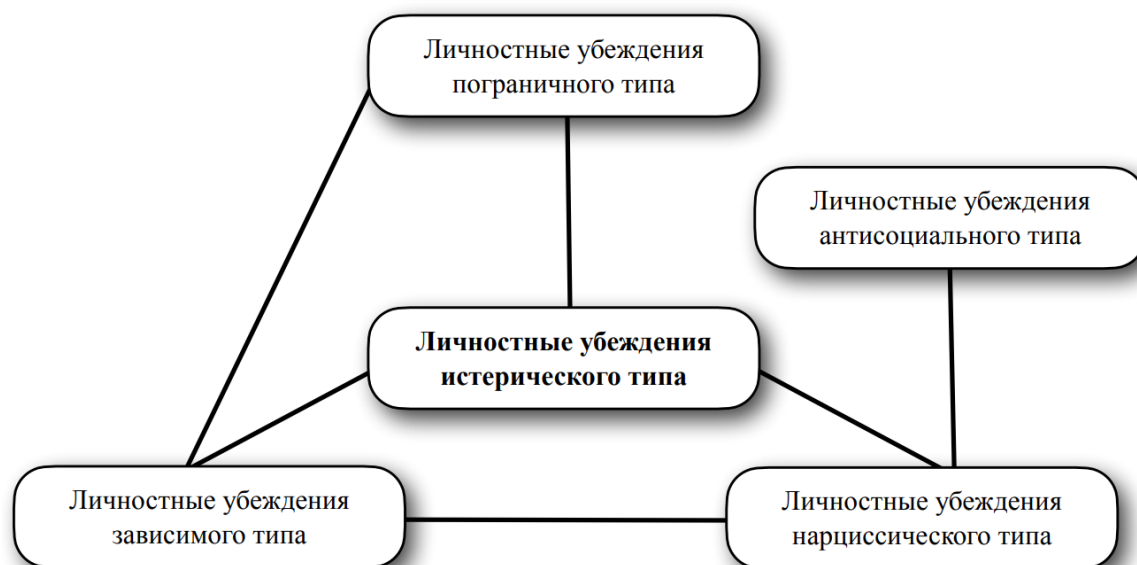
Бидструпа отличались меньшей эмоциональной насыщенностью и наделением личностно-значимого смысла, связанного с личным опытом и субъективными оценками, пациенты не давали персонажам имена, не добавляли прямую речь от лица героев. Их рассказы преимущественно характеризовались более объективным восприятием и интерпретацией сюжета, с сохранным пониманием юмористического подтекста, а также более равнодушной оценкой ситуации и персонажей при отсутствии оценочных суждений в отношении героев и ситуаций, в которых они оказались.

Таким образом, мы можем отметить существенные качественные различия между группами пациентов с истерическими нарушениями, сопряженными с психотической и аффективной симптоматикой, как при оценке операциональной и мотивационной стороны мышления (мотивационно-личностного компонента мышления), так и в индивидуально-личностных характеристиках процесса мышления.

Корреляционный анализ личностных черт и когнитивных особенностей.

С целью определения связи шкал личностных убеждений истерического типа с другими шкалами, согласно методике, "Опросник личностных убеждений" А.Бека, а именно 9 субшкалами: личностные убеждения избегающего, зависимого, пассивно-агрессивного, навязчивого, антисоциального, нарциссического, шизоидного, параноидного, пограничного типа был проведен корреляционный анализ данных с помощью непараметрического коэффициента корреляции Ч. Спирмена (см. рис. 4)

Рисунок 4 - Корреляционная плеяда личностных убеждений истерического типа со шкалами методики А.Бека в экспериментальной группе.



Как показывает корреляционная плеяда - шкала личностных убеждений истерического типа положительно связана со шкалами личностных убеждений зависимого ($r=0,59$, при $p \leq 0,01$), пограничного ($r=0,56$, при $p \leq 0,01$) и нарциссического типа ($r=0,72$, при $p \leq 0,01$), таким образом высокие показатели по одной из шкал предполагают высокие показатели по остальным шкалам, чем ярче выражены признаки пограничного, нарциссического и зависимого типов личности, тем выше показатели истерического компонента.

Зависимый тип, в свою очередь, прямо пропорционально связан с нарциссическим ($r=0,55$, при $p \leq 0,05$) и пограничным ($r=0,59$, при $p \leq 0,01$), а нарциссический имеет положительную связь с антисоциальными чертами личности ($r=0,50$, при $p \leq 0,05$).

Таким образом, оценивая личностные особенности пациентов из группы истерических расстройств мы можем ожидать не только проявление личностных убеждений истерического типа, но и связанных с ними

корреляционно личностных убеждений пограничного, нарциссического и зависимого типов, а также сопутствующие последнему - личностные убеждения антисоциального типа.

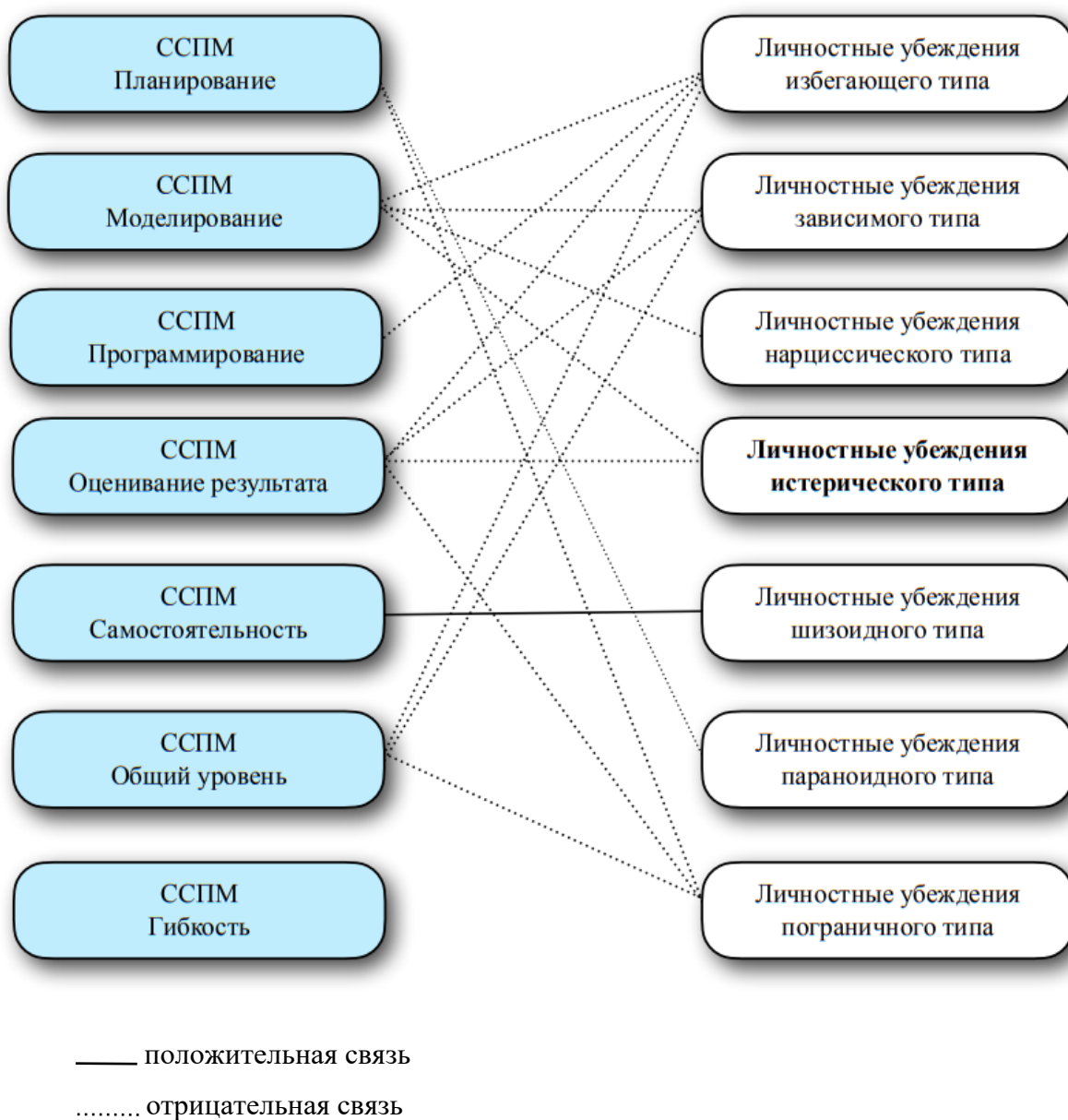
Наравне с выявлением корреляционной плеяды личностных убеждений истерического типа одной из главных эмпирических задач является выявление значимых корреляционных связей между шкалами методики "опросник личностных убеждений А. Бека" и шкалами методики "опросник стиль саморегуляции поведения В.И. Моросановой" (см. табл. 18).

Таблица 18 - Значимые корреляционные связи между шкалами личностных убеждений и шкалами стиль саморегуляции.

	ЛУ избегаю щего типа	ЛУ зависимо го типа	ЛУ пассивно - агрессив ного типа	ЛУ нарци ссиче ского типа	ЛУ истери ческого типа	ЛУ шизоид ного типа	ЛУ параноид ного типа	ЛУ погран ичного типа
ССПМ планирование	x	x	x	x	x	x	-,49*	-,49*
ССПМ моделирование	-,61**	-,63**	x	-,47*	-,56**	x	x	x
ССПМ программирование	-,47*	x	x	x	x	x	x	x
ССПМ оценивание результата	-,65**	-,57**	x	x	-,47*	x	x	-,62**
ССПМ самостоятельность	x	x	x	x		,53*	x	x
ССПМ общий уровень саморегуляции	-,73**	-,54*	x	x	x	x	x	-,62**
Чувствительность к противоречиям	x	x	,50*	x	x	x	x	x
*Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).								
**Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).								

Между шкалами опросника стиля саморегуляции поведения В.И.Моросановой (ССПМ) и личностными убеждениями разных типов обнаружены множественные взаимосвязи, за исключением шкалы гибкости, как процесса саморегуляции, которая не связана ни с одной из шкал личностных убеждений (см. рис. 5).

Рисунок 5 - Корреляционные связи шкал ССПМ и личностных убеждений.



Планирование отрицательно связано с уровнем личностных убеждений параноидного и пограничного типов ($r=-0,49$, при $p\leq 0,05$) – то есть при высоких показателях параноидных и пограничных черт планирование будет развито слабо;

Моделирование (развитость представлений о внешних и внутренних значимых условиях, степень их осознанности, детализированности и адекватности) отрицательно связано с личностными убеждениями избегающего ($r=-0,61$, при $p\leq 0,01$), зависимого ($r=-0,63$, при $p\leq 0,01$), нарциссического ($r=-0,47$, при $p\leq 0,05$) и истерического типов ($r=-0,56$, при $p\leq 0,01$) – то есть при высокой выраженности перечисленных особенностей личности по шкале моделирования будут наблюдаться низкие значения, и наоборот, у респондентов с высокими показателями моделирования как параметра саморегуляции перечисленные черты будут выражены слабо;

Программирование как процесс саморегуляции (сформированность у человека потребности продумывать способы своих действий и поведения для достижения намеченных целей, детализированность и развернутость разрабатываемых программ) отрицательно связан с показателем личностных убеждений избегающего типа ($r=-0,47$, при $p\leq 0,05$) – таким образом высокие показатели по шкале программирования будут соответствовать респондентам с низкими значениями по шкале избегающего типа, и наоборот;

Оценивание результата (развитость и адекватность самооценки, сформированности и устойчивости субъективных критериев оценки результатов) и шкалами личностных убеждений все значимые связи являются обратно пропорциональными – с личностными убеждениями избегающего типа ($r=-0,65$, при $p\leq 0,01$), зависимого ($r=-0,57$, при $p\leq 0,01$), пограничного ($r=-0,62$, при $p\leq 0,05$) и истерического типов ($r=-0,47$, при $p\leq 0,05$), иначе говоря слабые процессы саморегуляции в виде оценивания результатов будут соответствовать высоким значениям по перечисленным

шкалам, а при низких значениях личностных убеждений будут проявляться высокие значения по шкале оценивания результатов;

Самостоятельность в структуре саморегуляции (свидетельствует об автономности в организации активности человека, его способности самостоятельно планировать деятельность, организовывать работу по достижению выдвинутой цели, контролировать ход ее выполнения, анализировать и оценивать как промежуточные, так и конечные результаты деятельности) [Осадчук О. Л., 2008] – единственная шкала, имеющая положительную связь со шкалой личностных убеждений шизоидного типа ($r=0,53$, при $p \leq 0,05$), таким образом высокие значения по шкале личностные убеждения шизоидного типа будут соответствовать высоким показателям самостоятельности, в то время как респонденты экспериментальной группы с низкими значениями по шкале самостоятельности также имеют низкие баллы по шкале личностных убеждений шизоидного типа;

Общий уровень саморегуляции (оценивает общий уровень сформированности индивидуальной системы осознанной саморегуляции произвольной активности человека) отрицательно связан с личностными убеждениями избегающего ($r=-0,73$, при $p \leq 0,01$), зависимого ($r=-0,54$, при $p \leq 0,05$) и пограничного типов ($r=-0,62$, при $p \leq 0,01$) – то есть при высокой выраженности перечисленных личностных убеждений вышеназванных типов по шкале общего уровня саморегуляции будут наблюдаться низкие значения, и наоборот, у респондентов с высокими показателями саморегуляции личностные убеждения избегающего, зависимого и пограничного типов будут выражены слабо, иными словами у испытуемых с высоким уровнем избегания и зависимого поведения хуже сформирована потребность в осознанном планировании и программировании своего поведения, такие люди более зависимы от ситуации и мнения окружающих [Евдокимова О.В., 2015].

Таким образом, при большей выраженности тех или иных личностных убеждений у пациентов экспериментальной группы мы видим

преимущественно отрицательную взаимосвязь со шкалами саморегуляции, за исключением связи личностных убеждений шизоидного типа и шкалы самостоятельности, где наблюдается положительная корреляция.

Динамика состояния испытуемых в рамках терапевтического процесса.

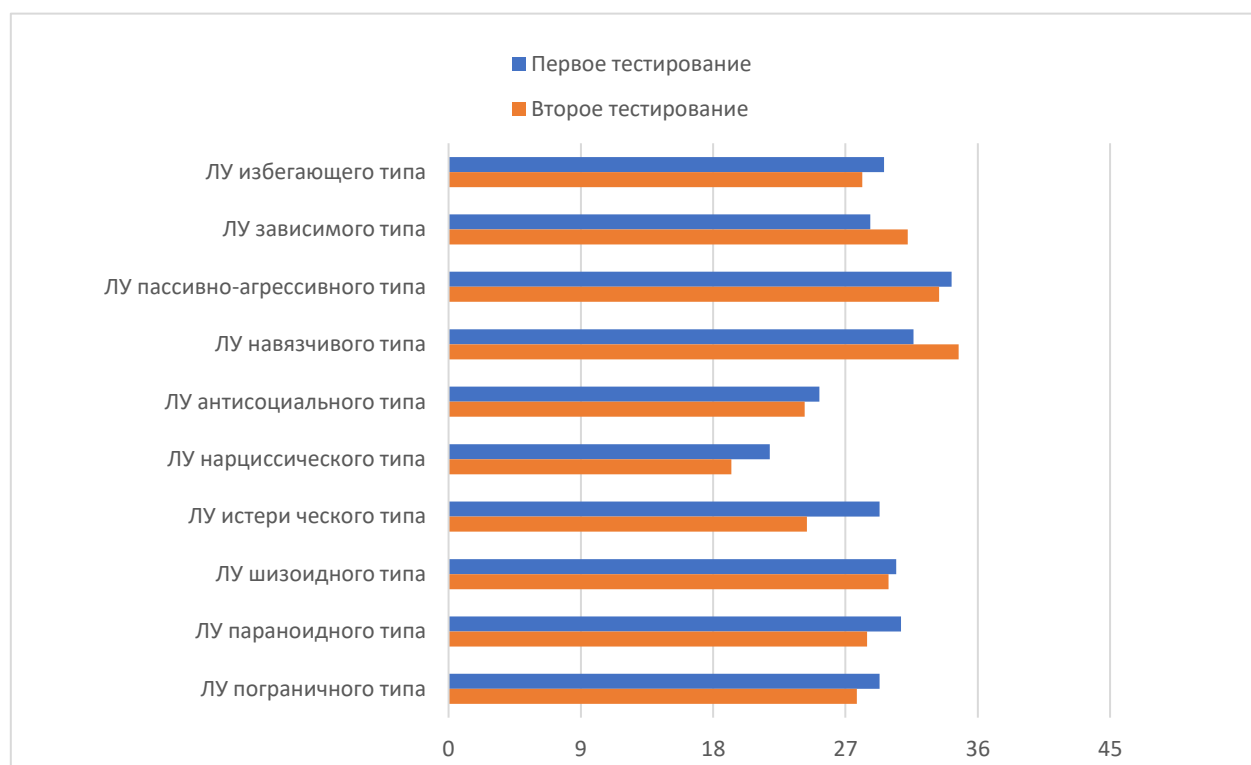
Тестирование трех групп пациентов, а именно группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой, с аффективной симптоматикой, а также группы пациентов с "кастовой" истерической симптоматикой проводилось в два этапа с целью определения динамики личностных убеждений, стиля саморегуляции и оценки характеристик когнитивной деятельности (в частности процесса мышления), а также влияния на нее терапевтической и медикаментозной помощи, таким образом тестирование проводилось до и после лечения. Для оценки значимости изменений в значениях шкал в первом и втором тестировании был использован критерий Уилкоксона.

Анализ изменения средних значений в группе истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой, выявил следующие закономерности: степень выраженности личностных убеждений истерического типа во втором тестировании снизилась на 16,8% по сравнению с первым замером, нарциссических почти на 12%, навязчивого типа на – 9,7%, параноидного типа – на 7,5%, одновременно с этим возросла степень выраженности личностных убеждений зависимого типа – почти на 9%. (см. табл. 19, рис. 6).

Таблица 19 - Степень выраженности личностных убеждений в группе сопряжения с психотической симптоматикой.

Группа сопряжения с психотической симптоматикой	ЛУ избегающего типа	ЛУ зависимого типа	ЛУ пассивно-агрессивного типа	ЛУ навязчивого типа	ЛУ антисоциального типа	ЛУ нарциссического типа	ЛУ истерического типа	ЛУ шизоидного типа	ЛУ параноидного типа	ЛУ пограничного типа
<u>Первое тестирование</u>										
Среднее	29,62	28,69	34,23	31,62	25,23	21,85	29,31	30,46	30,77	29,31
Стандартное отклонение	6,53	11,10	9,74	9,32	10,01	11,15	11,03	9,07	10,11	7,19
<u>Второе тестирование</u>										
Среднее	28,15	31,23	33,38	34,69	24,23	19,23	24,38	29,92	28,46	27,77
Стандартное отклонение	7,26	11,23	8,58	7,47	12,92	13,19	9,54	9,73	12,03	7,36
Процент изменения	-4,94	8,85	-2,47	-9,73	-3,96	-11,97	-16,80	-1,77	-7,50	-5,25

Рисунок 6 - Степень выраженности личностных убеждений в группе сопряжения с психотической симптоматикой.



Из данных результатов динамики изменений по методике стиль саморегуляции поведения В.И.Моросановой (ССПМ) в начале и в конце лечения в группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой мы наблюдаем, что помимо статистически значимого изменения – понижения регуляторной гибкости на -17,5%, также наблюдается понижение самостоятельности на -7,05%, и вместе с тем увеличение способности к планированию деятельности на 9,9% (см. табл. 20).

Таблица 20 - Особенности стиля саморегуляции в группе сопряжения с психотической симптоматикой.

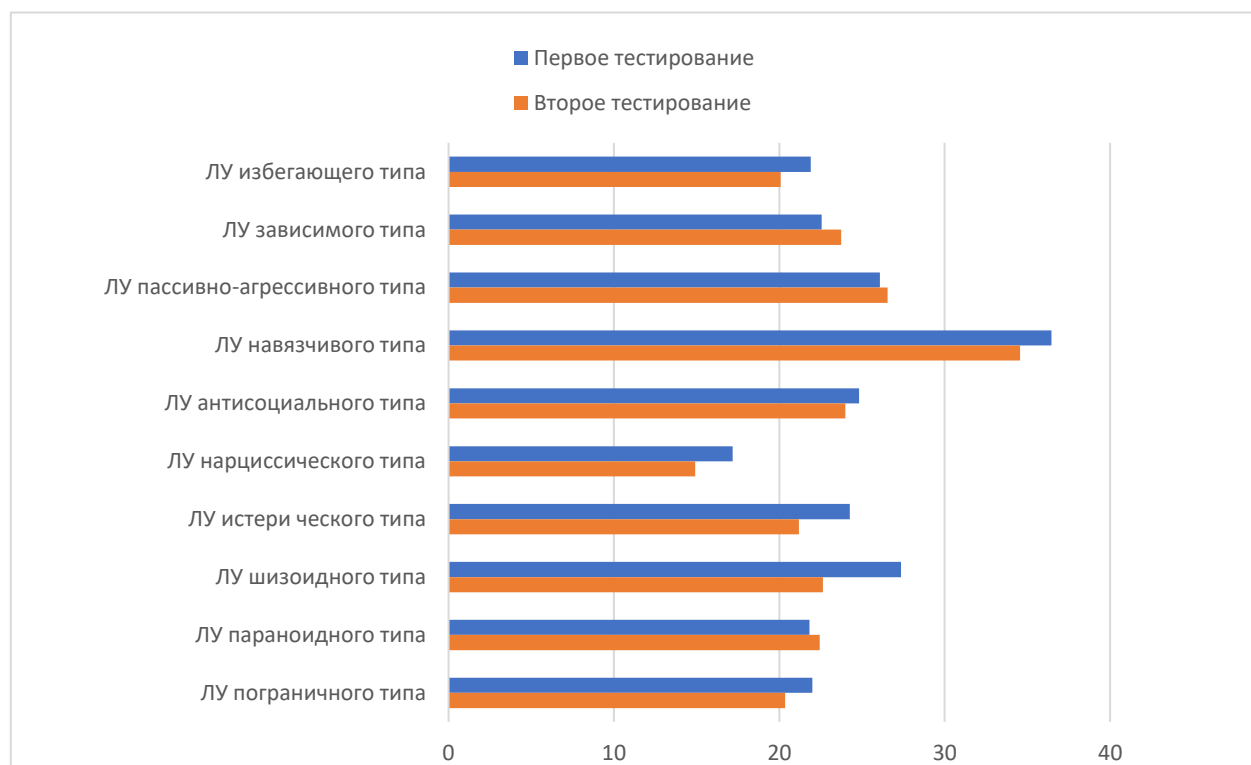
Группа	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценка результатов	Гибкость	Самостоятельность	Общий уровень саморег.
<u>Первое тестирование</u>							
Среднее	5,46	4,46	5,69	5,08	6,00	5,46	27,38
Стандартное отклонение	2,18	2,15	1,84	1,26	1,53	1,94	5,99
<u>Второе тестирование</u>							
Среднее	6,00	4,62	5,62	5,15	4,92	5,08	27,31
Стандартное отклонение	2,12	1,71	2,22	1,57	2,14	2,33	6,10
Процент изменения	9,86	3,45	-1,35	1,52	-17,95	-7,04	-0,28

В группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой, были выявлены следующие закономерности: степень выраженности личностных убеждений истерического типа во втором тестировании снизилась на 12,7%, нарциссических – на 13,2%, однако, вместо изменений в шкале личностных убеждений параноидного типа (как это было в группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой) мы наблюдаем наибольший сдвиг в убеждениях шизоидного типа – на 17,3% (см. табл. 21, рис. 7).

Таблица 21 - Степень выраженности личностных убеждений в группе сопряжения с аффективной симптоматикой.

Группа	ЛУ	ЛУ	ЛУ	ЛУ	ЛУ	ЛУ	ЛУ	ЛУ	ЛУ	ЛУ
сопряжения с аффективной симптоматикой	избягающего типа	зависимого типа	пассивно-агрессивного типа	навязчивого типа	антисоциального типа	нарциссического типа	истерического типа	шизоидного типа	параноидного типа	пограничного типа
<u>Первое тестирование</u>										
Среднее	21,91	22,55	26,09	36,45	24,82	17,18	24,27	27,36	21,82	22,00
Стандартное отклонение	9,42	8,64	14,53	11,73	10,36	11,41	10,34	10,18	10,54	7,24
<u>Второе тестирование</u>										
Среднее	20,09	23,73	26,55	34,55	24,00	14,91	21,18	22,64	22,45	20,36
Стандартное отклонение	8,30	5,10	11,40	9,99	9,08	10,94	11,75	10,70	12,53	7,86
Процент изменения	-8,30	5,24	1,74	-5,24	-3,30	-13,23	-12,73	-17,28	2,92	-7,44

Рисунок 7 - Степень выраженности личностных убеждений в группе сопряжения с аффективной симптоматикой.



Из результатов динамики изменений по методике стиль саморегуляции поведения В.И.Моросановой (ССПМ) в начале и в конце лечения в группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой, мы наблюдаем снижение параметра самостоятельности на 19,23%, снижение способности к планированию деятельности на 7,58%, а также повышение регуляторной гибкости на 9,7%, стоит сказать, что повышение гибкости и понижение параметра планирования противоположны результатам, полученным в группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой, а параметр самостоятельности значимо более выражен (см. табл 22).

Таблица 22 - Особенности стиля саморегуляции в группе сопряжения с аффективной симптоматикой.

Группа	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценка результат	Гибкость	Самостоятельность	Общий уровень саморег.
<u>Первое тестирование</u>							
Среднее	6,00	4,64	5,91	5,91	5,64	4,73	28,55
Стандартное отклонение	2,10	2,25	1,81	1,38	2,16	2,24	6,06
<u>Второе тестирование</u>							
Среднее	5,55	4,64	6,00	6,00	6,18	3,82	28,36
Стандартное отклонение	2,16	1,29	1,95	1,10	1,94	2,52	4,39
Процент изменения	-7,58	0,00	1,54	1,54	9,68	-19,23	-0,64

При сравнении двух групп, а именно группы пациентов с истерическими расстройствами сопряженными с психотической симптоматикой и аффективной симптоматикой обращает на себя внимание разнонаправленный вектор динамики чувствительности к противоречиям в методике "противоречивые высказывания М.Г. Виноградовой", а именно то, что в группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной симптоматикой наблюдается повышение чувствительности к противоречиям после терапии, которую они получили в стационаре клиники, в то время как в группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой наблюдается снижение чувствительности к противоречиям к концу лечения (см. табл. 23).

Таблица 23 - Особенности чувствительности к противоречиям в группах сопряжения с психотической и аффективной симптоматикой.

Группа пациентов с истерическими расстройствами	Сопряженными с психотической симптоматикой	Соспряженными с аффективной симптоматикой
<u>Первое тестирование</u>		
Среднее	19,15	20,91
Стандартное отклонение	4,10	4,11
<u>Второе тестирование</u>		
Среднее	16,85	23,00
Стандартное отклонение	4,08	4,02
Процент изменения	-12,05	10,00

Группа пациентов с кастовой истерической симптоматикой.

Особенности динамики в группе больных с кастовой истерической симптоматикой отличаются от результатов, полученных в двух других группах отсутствием существенных изменений в структуре личностных убеждений. Полученные данные относительно психологической оценки особенностей личностной структуры больных, по всей видимости, отражают описанные клинические особенности этой группы пациентов в виде стойкости, малой изменчивости, стабильности и резистентности характерной для них истерической симптоматики (см. табл. 24).

Таблица 24 - Степень выраженности личностных убеждений в группе с кастовой истерической симптоматикой.

Группа пациентов с кастовой истерической симптоматикой	ЛУ избегающего типа	ЛУ зависящего типа	ЛУ пассивно-агрессивного типа	ЛУ навязчивого типа	ЛУ антисоциального типа	ЛУ нарциссического типа	ЛУ истерического типа	ЛУ шизоидного типа	ЛУ параноидного типа	ЛУ пограничного типа
<u>Первое тестирование</u>										
Среднее	24,91	25,58	26,07	34,12	24,82	19,12	27,27	28,11	24,12	24,04
Стандартное отклонение	6,47	7,42	13,33	9,71	10,36	13,44	7,12	11,68	11,02	6,23
<u>Второе тестирование</u>										
Среднее	23,81	24,64	26,96	35,11	23,03	18,09	25,88	26,71	22,45	23,11
Стандартное отклонение	7,48	6,98	9,45	11,33	10,09	11,55	9,78	12,70	12,53	9,87

Количественная оценка различий в стилях саморегуляции у больных с кастовой истерической симптоматикой в начале и конце лечения затруднена вследствие малого размера выборки. В общих чертах заметной динамики в стилях саморегуляции не выявляется (см. табл. 25).

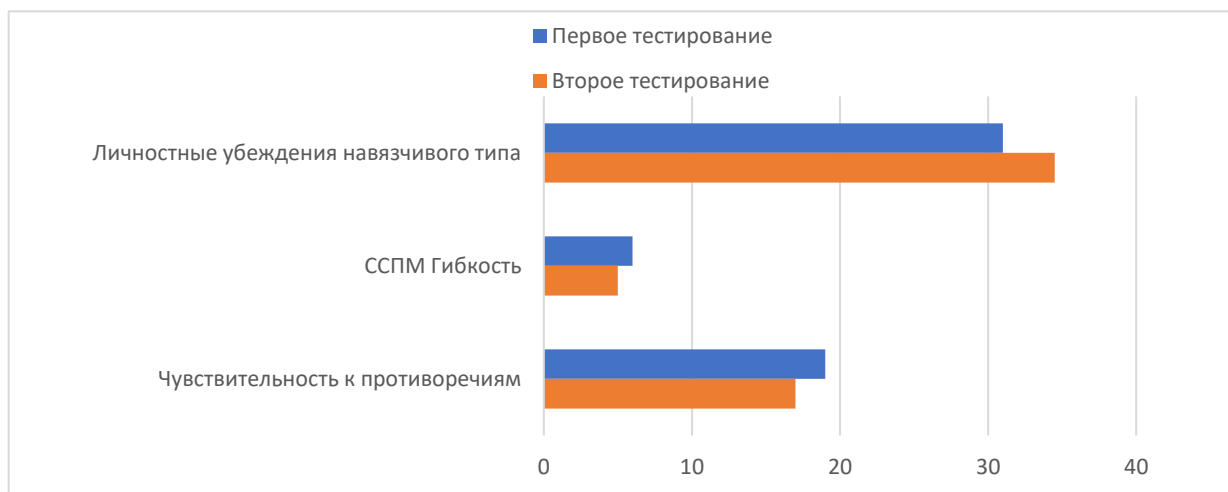
Таблица 25 - Особенности стиля саморегуляции в группе с кастовой истерической симптоматикой.

Группа пациентов с кастовой истерической симптоматикой	Планирование	Моделирование	Программирование	Оценка результата	Гибкость	Самостоятельность	Общий уровень саморег.
<u>Первое тестирование</u>							
Среднее	5,36	4,71	5,91	5,47	5,66	4,89	27,95
Стандартное отклонение	2,41	2,11	2,03	1,54	2,43	2,34	6,14
<u>Второе тестирование</u>							
Среднее	5,47	4,62	5,69	5,52	5,90	4,88	27,84
Стандартное отклонение	3,17	2,71	2,24	1,37	2,17	2,33	5,70

Резюмируя вышесказанное, статистически значимыми являются следующие различия: в группе истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой, во втором тестировании увеличился показатель по шкале личностных убеждений навязчивого типа (при $p \leq 0,05$). Что касается динамики в процессах мышления испытуемых из группы истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой, обнаружено, что по шкалам чувствительность к противоречиям (при $p \leq 0,05$) и гибкость в стиле саморегуляции (при $p \leq 0,05$) – значения во втором тестировании снизились, по сравнению с первым тестированием (см. рис. 8).

В группе сопряжения с аффективной симптоматикой во втором тестировании значительно ниже проявлялись личностные убеждения шизоидного типа (при $p \leq 0,05$), по сравнению с первым тестированием.

Рисунок 8 - Сравнительные диаграммы средних значений в группе сопряжения с психотической симптоматикой.



В рамках исследования были рассмотрены особенности личностной организации и функционирования мыслительной деятельности, проведен анализ личностных убеждений пациентов, клиническая картина заболевания которых, протекает с соучастием истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой, с аффективной симптоматикой, в группе пациентов с доминирующей "кастовой" истерической симптоматикой и контрольной группой, а также установлены связи между степенью выраженности личностных черт испытуемых и особенностями мышления.

По результатам исследования выявляется устойчивая связь истерических проявлений с другими личностными убеждениями, данные корреляционного анализа говорят о том, что личностные убеждения истерического типа положительно связаны с убеждениями зависимого, пограничного и нарциссического типа, иными словами, чем ярче выражены признаки пограничного, нарциссического и зависимого типов личности, тем выше показатели истерического компонента.

Гипотеза №1 "Чем сильнее степень проявления истерических личностных черт, тем менее доступны такие операции мышления как моделирование и оценивание результатов деятельности" нашла

статистическое подтверждение, нами было установлено, что чем больше выраженность истерических черт личности, тем ниже будут значения по шкале моделирования. Таким образом, при высокой выраженности истерических черт у испытуемых хуже развиты представления о внешних и внутренних значимых условиях достижения целей, а также степень их осознанности, детализированности и адекватности. Это может проявляться в фантазировании (благодаря яркости одних образов и представлений, и бледности других, человек с истерическим складом личности не в состоянии выделить разницу между фантазией и действительностью), которое может сопровождаться резкими перепадами отношения к развитию ситуации, последствиям своих действий. У таких людей часто возникают трудности в определении цели и программы действий, адекватных текущей ситуации, они не всегда замечают изменение ситуации, что также часто приводит к неудачам [Осадчук О. Л., 2008].

Трудности в звене моделирования у таких испытуемых могут быть связаны с искажениями вследствие специфичности процесса восприятия. Ганнушкин указывал на то, что восприятие информации у лиц истерического склада отличается избирательностью: в то время, как одни вещи воспринимаются чрезвычайно отчетливо, фиксируются надолго в сознании в виде очень ярких образов и представлений, другие совершенно игнорируются, не оставляют никакого следа в психике и позднее совершенно не вспоминаются. Внешний, реальный мир для человека с истерической психикой приобретает своеобразные, причудливые очертания [П.Б. Ганнушкин, 1998].

Более низкие показания по шкале оценивания результатов свидетельствуют о меньшей адекватности оценки человеком себя и результатов своих действий (по Ганнушкину – отсутствие объективной правды, как по отношению к другим, так и к самому себе – характерная черта людей истерического склада). Испытуемые из группы истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой, чаще не

замечают своих ошибок, менее критичны к своим действиям. Субъективные критерии успешности менее устойчивы, что может приводить к ухудшению качества результатов при увеличении объема работы [Осадчук О. Л., 2008]. Причины этому могут объясняться действием защитного механизма вытеснения из сознания различных негативных содержаний, которые оказывают неприятное, травмирующее влияние на психику; неудачи вытесняются чтобы предохранить психику от травмы и поддержать шаткую самооценку.

Наконец, более высокие результаты по шкалам гибкости и самостоятельности у группы пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой, свидетельствуют о том, что респонденты обладают большей пластичностью регуляторных процессов. При возникновении непредвиденных обстоятельств такие испытуемые легче перестраивают планы и программы исполнительских действий и поведения. С другой стороны, их отличает большая автономность в организации активности, более выраженная способность самостоятельно планировать деятельность и поведение, организовывать работу по достижению выдвинутой цели, контролировать ход ее выполнения [Осадчук О. Л., 2008]. Рассматриваемые с этой точки зрения, это благоприятные черты, которые оказывают положительное влияние на когнитивные процессы. Однако, сильный разрыв между показателями по этим двум шкалам между экспериментальной группой и группой сравнения заставляет задуматься, а не является ли вышеназванная гибкость признаком когнитивной лабильности, а самостоятельность – признаком высокой степени эгоцентризма. Вопрос остается открытым для последующего изучения и интерпретации.

Также нужно отметить, что не выявлено прямой связи между общим показателем уровня саморегуляции с личностными убеждениями истерического типа. Однако, мы установили, что общий уровень саморегуляции отрицательно связан с личностными убеждениями избегающего, зависимого и пограничного типов. Имея в виду, что

личностные убеждения истерического типа положительно связаны с убеждениями зависимого и пограничного типов, можно сделать осторожные выводы о наличии косвенной зависимости. Однако этот тезис нуждается в дальнейшем исследовании и проверке.

Гипотеза №2 "Чем выше степень выраженности личностных убеждений истерического типа, тем меньше чувствительность к противоречиям" не подтвердилась статистически, однако вместо этого обнаружено, что шкала чувствительности к противоречиям в экспериментальной группе имеет положительную корреляционную связь с уровнем выраженности пассивно-агрессивных черт личности – высокая чувствительность к противоречиям предполагает высокие значения по шкале пассивно-агрессивного типа, низкая чувствительность к противоречиям связана с низким уровнем проявленности пассивно-агрессивных характеристик.

Анализ средних баллов по методике "Противоречивые высказывания М.Г. Виноградовой" показал, что пациенты из группы истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой в среднем, обладают меньшей чувствительностью к противоречиям, чем респонденты из группы сравнения и контрольной группы.

Также установлено наличие разнонаправленной динамики чувствительности к противоречиям в методике "противоречивые высказывания М.Г. Виноградовой" в группах пациентов с истерическими расстройствами сопряженными с психотической симптоматикой и аффективной симптоматикой, так, данные второго тестирования показали рост чувствительности к противоречиям в группе сопряжения с аффективной симптоматикой и ее снижение в группе сопряжения с психотической симптоматикой после терапии, которую пациенты получили в стационаре клиники.

Гипотеза №3 "В рассказах испытуемых из группы истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой, будет

статистически значимо больше оценочных суждений в отношении описываемых ситуаций" подтвердилась. Рассказы пациентов данной группы отличались амбивалентностью – с одной стороны, пациенты оставались равнодушными к тем деталям изображаемой ситуации, который зачастую вызывал эмоциональный отклик у других групп больных; с другой – больным этой группы было свойственно давать больше оценочных суждений, что придавало их рассказам вычурно-эгоцентрический характер, повышенная эмоциональная пристрастность рассказов зачастую находила свое выражение в неадекватных ситуации, утрированных эмоциональных оценках, преобладание эмоционально-оценочных категорий над формально-логическими, а также искажение информации, недостаточная чувствительность к противоречиям можно рассматривать в качестве одного из психологических механизмов симптомообразования при данном расстройстве [М.Г. Виноградова, 2004].

Гипотеза №4 "Личностные убеждения пациентов стабильны и существенно не изменяются под влиянием терапии, получаемой в ходе пребывания в стационаре" подтвердилась частично, во втором тестировании нашло статистическое подтверждение увеличение показателя только лишь по шкале личностных убеждений навязчивого типа в группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой.

Гипотеза №5 "На фоне терапии в ходе пребывания в стационаре у пациентов к концу лечения будет наблюдаться изменение характеристик осуществления когнитивной деятельности" подтвердилась, так в группе пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с психотической симптоматикой, по шкалам чувствительность к противоречиям и гибкость в стиле саморегуляции значения во втором тестировании снизились, по сравнению с первым тестированием. Динамика в группе больных с «кастовой» истерической симптоматикой, напротив, практически отсутствовала.

Таким образом, в ходе исследования было установлено, что пациентам группы истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой, в большей мере свойственны такие особенности мыслительной деятельности, как предрасположенность к когнитивным искажениям, пристрастность суждений и опора мыслительной деятельности на личностные оценки, низкая способность ориентирования в значимых условиях ситуаций, неустойчивость критериев оценки результатов своих действий. Тогда как пациентам из группы истерических расстройств, сопряженных с аффективной симптоматикой, помимо эмоциональных нарушений свойственны специфические когнитивные нарушения, связанные с искажением восприятия ситуации.

ГЛАВА 6. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АФФЕКТИВНОГО И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРОТЕКАЮЩИХ С ИСТЕРИЧЕСКИМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ.

В настоящем разделе приведены результаты изучения клинико-биологических взаимосвязей между иммунологическими показателями крови и особенностями клинического состояния пациентов с эндогенными психическими заболеваниями аффективного и шизофренического спектра с высоким удельным весом истерических расстройств в их картине.

В исследование были включены 34 пациента (24 женщины и 7 мужчин) в возрасте от 18 до 53 лет (средний возраст $30,3 \pm 10,6$ лет) с истерическими расстройствами, развивающимися сопряженно с аффективной симптоматикой (1-я типологическая группа - 64,7%) и сопряженно с психотической симптоматикой (2-я типологическая группа, 35,3%). Исследование пациентов с истерической симптоматикой в рамках «кастовой» типологической группы (3-я типологическая группа) не представлялась возможной в связи с меньшей представленностью данной когорты пациентов, по причине чего репрезентативность выборки была малозначимой. Представленность конверсионной, диссоциативно-конверсионной и соматоформной симптоматики в изучаемой выборке составила соответственно 17 (50%), 12 (35,3%) и 5 (14,7%) случаев.

В 1-ю группу вошли 22 пациента (64,7%) с эндогенными психическими заболеваниями аффективного спектра. Согласно критериям МКБ-10, у 7 пациентов (31,9%) было диагностировано биполярное аффективное расстройство (F31.XX), у 9 (40,8%) - депрессивный эпизод (F32.XX), у 7 (27,3%) – рекуррентное депрессивное расстройство (F33.XX).

Во 2-ю группу были включены 12 человек, из них 5 человек (41,7%) - с параноидной шизофренией (F20.XXX), 6 (50%) – с шизотипическим расстройством (F21.X), 1 пациент (8,3%) - с шизоаффективным психозом (F25.XX).

Частота встречаемости конверсионной, диссоциативно-конверсионной симптоматики и соматоформных расстройств в 1-й группе составила соответственно 59,1%, 22,7% и 18,2%. Во 2-й группе соответствующие феноменологические разновидности истерических симптомов были представлены в 33,3%, 58,4% и 8,3% случаев.

Все пациенты были обследованы на остроте проявления клинических симптомов при госпитализации в клинику ФГБНУ НЦПЗ. Психометрическая оценка состояния больных проводилась с использованием шкалы Гамильтона (HDRS) и шкалы позитивных и негативных симптомов (PANSS).

Иммунологическое обследование было выполнено в лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ НЦПЗ (руководитель – д.м.н., профессор Ключник Т.П.). В плазме крови пациентов определяли энзиматическую активность протеазы нейтрофилов лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), функциональную активность ингибитора ЛЭ – острофазного белка $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ($\alpha 1$ -ПИ), а также уровень антител к двум нейроантигенам – белку S-100B и основному белку миелина (ОБМ) [Голубев С. А., 2022; Тихонов Д. В., 2020]. Эти показатели, как было показано в предыдущих исследованиях, отражают активность текущего патологического процесса в мозге при эндогенных психических заболеваниях и могут использоваться в качестве иммунологических маркеров для объективизации клинического состояния пациентов [Ключник Т.П., Зозуля С.А. 2020]

По совокупности значений иммунологических показателей, учитывающей взаимосвязь между врожденным и приобретенным иммунитетом, у каждого пациента условно определяли уровень активации иммунной системы, относящийся к одному из шести вариантов:

1-й уровень – «контрольный» (активность/уровень иммунных показателей находится в диапазоне референтных значений);

2-й уровень - умеренное повышение активности только воспалительных маркеров (значения, соответствующие 75 - 95 перцентилю в контрольной группе);

3-й уровень - выраженное повышение активности воспалительных маркеров (выше 95 перцентиля контрольной группы),

4-й уровень – не выходящая за пределы контрольного диапазона активность воспалительных маркеров при умеренном повышении уровня аутоиммунных маркеров (выше 75 перцентиля в контроле).

5-й уровень - умеренное повышение активности как воспалительных маркеров, так и аутоиммунных маркеров (выше 75 перцентиля контрольной группы),

6-й уровень – выраженное повышение активности как воспалительных, так и аутоиммунных маркеров (выше 95 перцентиля в контроле) [Тихонов Д. В., 2020].

В качестве контроля были использованы результаты определения вышеуказанных маркеров у 15 здоровых доноров соответствующего возраста и пола, не имеющих каких-либо признаков психической, неврологической и соматической патологии.

Проведенное исследование соответствовало Хельсинской декларации 1975 г. и ее пересмотренному варианту 2000 г. и было одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическая обработка результатов проводилась в программе IBM SPSS Statistics 26. С помощью критерия Шапиро-Уилка количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, и при их соответствии описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD). Сравнение групп при нормальном распределении проводилось с помощью t-критерия Стьюдента. В случае отсутствия нормального распределения количественные показатели описывались с помощью медианы Me и

межквартильного размаха $Me (Q1-Q3)$, сравнение групп было выполнено с использованием критерия Манна-Уитни. Корреляционный анализ методом ранговой корреляции по Спирмену (ρ). Сопряженность номинальных параметров оценивалась с использованием критерия χ^2 -Пирсона и точного критерия Фишера. Критический уровень значимости равен $p \leq 0,05$.

В таблице 26 представлены результаты психометрического обследования пациентов с истерическими расстройствами, входящих в разные нозологические группы, на момент их поступления в стационар. Как видно из таблицы, высокий средний балл по шкале HDRS в обеих группах пациентов соответствовал преобладанию у них депрессивных расстройств тяжелой степени выраженности. Тяжесть проявления психопатологических симптомов по шкале PANSS в группе больных с эндогенными заболеваниями шизофренического спектра свидетельствовала о наличии у них экзацербации психотического состояния.

Таблица 26 - Психометрическая оценка пациентов при поступлении в стационар.

Показатель, ед. измерения	1-я группа n=22	2-я группа n=12	$p^{1,2}$
PANSS (общий балл)	-	58,9±17,3	-
HDRS (общий балл)	30,8±4,8	32,4±5,3	>0.05

Примечание: $p < 0,05$ - статистически значимые различия

В таблице 27 представлены результаты иммунологического обследования пациентов, проведенного на остро́те проявлений клинических симптомов.

Таблица 27 - Иммунологические показатели крови в сравнении с нормативными значениями (Me (Q1-Q3)).

Показатель, измерения	ед.	1-я группа n=22	2-я группа n=12	Референтные значения n=15	p ^{1,2}
Активность нмоль/мин·л	ЛЭ,	238,7 (213,8-280,8) p^{контр} <0,05	239,8 (214,9-248,4) p^{контр} <0,05	200,4 (192,0-203,0)	>0,05
Активность ИЕ/мл	α1-ПИ,	47,6 (41,6-54,2) p^{контр} <0,001	46,0 (39,9-50,9) p^{контр} <0,001	32,6 (30,2-35,0)	>0,05
Антитела к е.о.п.	S-100B,	0,76 (0,67-0,91)	0,8 (0,68-0,91) p^{контр} <0,05	0,70 (0,62-0,77)	>0,05
Антитела к ОБМ, е.о.п.		0,78 (0,68-0,92)	0,86 (0,71-0,91) p^{контр} <0,05	0,69 (0,67-0,80)	>0,05

Примечание: p<0,05 - статистически значимые различия

Определение иммунологических показателей в выделенных группах больных и сопоставление полученных результатов с референтными значениями показало, что в 1-й группе наблюдалось статистически значимое повышение активности только воспалительных маркеров – ЛЭ (p<0,05) и α1-ПИ (p<0,001) при “нормальном” уровне антител к нейроантигенам (p>0,05). Во 2-й группе было выявлено повышение как воспалительных, так и аутоиммунных маркеров (p<0,05, p<0,05 соответственно).

Полученные результаты свидетельствуют о более выраженной активации иммунной системы, затрагивающей как врожденный (оцененный по активности воспалительных маркеров ЛЭ и $\alpha 1$ -ПИ), так и приобретенный иммунитет (определяемый по уровню антител к антигенам мозга) у пациентов с истерическими расстройствами, формирующимися сопряженно с психотической симптоматикой. Как известно, появление аутоиммунного компонента характеризует тяжесть клинического состояния пациентов и является фактором, усугубляющим течение заболевания [Pollak T.A. 2019].

Поиск корреляционных связей между клиническими и биологическими показателями выявил в 1-й группе пациентов наличие положительной корреляции между общим баллом по шкале HDRS и уровнем антител к S-100B ($r=0,43$, $p=0,04$). В этой группе также выявлены положительные корреляционные связи между биологическими показателями - активности острофазного белка $\alpha 1$ -ПИ с активностью ЛЭ ($r=0,44$, $p=0,04$), а также с уровнем антител к S-100B и ($r=0,43$, $p=0,04$).

Во 2-й группе обнаружена отрицательная статистически значимая корреляция между общим баллом по шкале PANSS и активностью $\alpha 1$ -ПИ в крови обследованных ($-r=0,62$, $p=0,03$).

Обе клинические группы характеризовались наличием сходной высокозначимой корреляционной связи между уровнем антител к S-100B и ОБМ ($r=0,62$, $p=0,002$; $r=0,76$, $p=0,004$, для 1-й и 2-й группы, соответственно).

В связи малочисленностью группы сравнение иммунологических показателей у пациентов с разными феноменологическими разновидностями истерических расстройств сопряженно с аффективной и психотической симптоматикой представлялось невозможным, поэтому оно было проведено в общей группе, включающей пациентов с конверсионной (включая соматоформную) и диссоциативно-конверсионной симптоматикой. Результаты проведенного сравнения представлены в таблице 28.

Таблица 28 - Иммунологические показатели крови в общей группе пациентов с разными феноменологическими разновидностями истерических расстройств (Me (Q1-Q3)).

Показатель, ед. измерения	Конверсии n=17	Диссоциативно-конверсионные n=12	Референтные значения n=15	p ^{1,2}
Активность ЛЭ, нмоль/мин·л	239,8 (216-251,6) p^{контр} <0,05	240,8 (213,8-290) p^{контр} <0,05	200,4 (192,0-203,0)	>0,05
Активность α1-ПИ, ИЕ/мл	47,3 (40,2-50,5) p^{контр} <0,001	50,1 (41,6-56,2) p^{контр} <0,001	32,6 (30,2-35,0)	>0,05
Антитела к S-100В, е.о.п.	0,76 (0,67-0,95)	0,81 (0,7-0,91) p^{контр} <0,05	0,70 (0,62-0,78)	>0,05
Антитела к ОБМ, е.о.п.	0,78 (0,68-0,91)	0,86 (0,77-1,0) p^{контр} <0,05	0,73 (0,65-0,80)	>0,05

Примечание: p<0,05 - статистически значимые различия

Из представленных данных видно, что пациенты с клинически наиболее тяжелым вариантом истерических расстройств, представленным диссоциативно-конверсионными симптомами, характеризовались более высоким уровнем активации иммунной системы. сопровождающимся повышением активности как воспалительных маркеров (ЛЭ и α1-ПИ) (p<0,05, p<0,05), так и уровня антител к белкам S-100В и ОБМ (p<0,05, p<0,05) в плазме крови по сравнению с референтными значениями. Напротив, наличие у больных конверсионной и соматоформной симптоматики сопровождалось

лишь умеренной активацией иммунной системы в виде повышения активности только воспалительных маркеров ($p < 0,05$).

Комплексная оценка состояния иммунной системы у каждого из обследованных пациентов показала, что уровень активации иммунной системы во 2-й группе больных составил 5 (3,5-5) ед., значительно превышает соответствующий показатель в 1-й группе (3 (2-5) ед., $p = 0,04$), что подтверждает приведенные выше результаты и свидетельствует о более высокой активации иммунной системы у больных с истерической симптоматикой, сопряженной с психотической симптоматикой по сравнению с таковой при сопряжении с аффективной симптоматикой.

В целом, при детальном анализе исследуемой выборки, обращала на себя внимание высокая частота встречаемости сывороток с аутоиммунным компонентом (более чем у половины пациентов, 52,9%). Это наблюдение, а также выявленные корреляционные связи позволили предположить вовлеченность аутоиммунных реакций в усугубление тяжести клинического состояния пациентов с истерическими расстройствами, сопряженными с аффективной и психотической симптоматикой.

Для проверки этого предположения общая выборка была разделена на две иммунологические группы - с наличием аутоиммунного компонента (хотя бы к одному из нейроантигенов) и отсутствием такового. Показано, что более высокая частота встречаемости сывороток с наличием аутоиммунного компонента наблюдалась у пациентов с истерическими расстройствами, развивающимися сопряженно с психотической симптоматикой (83,3%) по сравнению с аффективной симптоматикой (36,4%). Полученные различия были статистически значимы ($\chi^2 = 6,87$; $p < 0,01$).

Далее в каждой иммунологической группе была определена процентная доля пациентов с разными типологическими разновидностями истерической симптоматики и различной длительностью заболевания в зависимости от симптоматики, с которой они были сопряжены. Результаты проведенного анализа представлены в таблице №29.

Таблица 29 - Клинические показатели у пациентов с наличием и отсутствием аутоиммунного компонента при сопряжении истерических расстройств с аффективной и психотической симптоматикой (n, %).

Показатель	Наличие аутоиммунного компонента n=18	Отсутствие аутоиммунного компонента n=16
Типы истерических расстройств		
• Конверсионные	5 (27,8) / 2 (11,1)	8 (50,0) / 2 (12,5)
• Диссоциативно-конверсионные	2 (11,1) / 8 (44,4)	2 (12,5) / 0 (0)
• Соматоформные	1 (5,6) / 0 (0)	4 (25,0) / 0 (0)
Длительность заболевания	p>0,05	p>0,05
< 5 лет	6 (33,3) / 3 (16,7)	9 (56,3) / 1 (6,2)
>5 лет	2 (11,1) / 7 (38,9)	5 (31,3) / 1 (6,2)
	p>0,05	p>0,05

Примечание: p<0,05 - статистически значимые различия

При истерических расстройствах, развивающихся сопряженно с аффективной симптоматикой, повышение уровня антител к нейроантигенам было характерно в большей степени для пациентов с длительностью заболевания <5 лет, а также у больных с наличием конверсионной симптоматики. Напротив, истерические расстройства, развивающиеся сопряженно с психотической симптоматикой, преимущественно сопровождалось наличием высоких титров антител к нейроантигенам у долгоболевших пациентов, а также у обследованных с наличием диссоциативно-конверсионных симптомов.

Полученные результаты свидетельствуют, что уровень активации иммунной системы, определяемый по совокупности воспалительных маркеров и уровню антител, отражает тяжесть клинического состояния пациентов с истерической симптоматикой, сопряженной как с аффективными расстройствами, так и с психотическими расстройствами.

Пациенты 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.

Наряду с повышением воспалительных маркеров, более половины обследованных характеризуются наличием аутоиммунного компонента. Преобладающее количество таких пациентов относится к группе истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой, позволяя предположить, что иммунный профиль истерических расстройств, формирующихся в рамках эндогенных психических заболеваний, главным образом, определяется их нозологической принадлежностью - от аффективных заболеваний до шизофрении. Присоединение аутоиммунного компонента характеризует утяжеление патологического процесса и ассоциировано с наиболее тяжелыми труднообратимыми состояниями.

В ходе проведенного клинко-биологического исследования выявлено:

1. У пациентов с истерическими расстройствами, формирующимися сопряженно с психотической симптоматикой более выражена активация иммунной системы, затрагивающей как врожденный, так и приобретённый иммунитет, что характеризует тяжесть клинического состояния пациентов и является фактором, усугубляющим течение заболевания.

2. Пациенты с клинически наиболее тяжелым вариантом истерических расстройств, представленным диссоциативно-конверсионными симптомами, характеризовались более высоким уровнем активации иммунной системы. А наличие у больных конверсионной и соматоформной симптоматики сопровождалось лишь умеренной активацией

иммунной системы в виде повышения активности только воспалительных маркеров.

3. У пациентов с истерическими расстройствами, развивающимися сопряженно с психотической симптоматикой, отмечалась более высокая частота встречаемости сывороток с наличием аутоиммунного компонента.

4. Уровень активации иммунной системы, определяемый по совокупности воспалительных маркеров и уровню антител, отражает тяжесть клинического состояния пациентов с истерической симптоматикой, сопряженной как с аффективными расстройствами, так и с психотическими расстройствами.

5. Пациенты 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.

6. Определение иммунных маркеров у данного контингента больных в динамике заболевания может служить дополнительным прогностическим показателем в плане его дальнейшего развития, а также объективной оценки тяжести клинического состояния пациентов на разных этапах течения эндогенных психических заболеваний.

**ГЛАВА 7. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ
ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
АФФЕКТИВНОГО И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА,
ПРОТЕКАЮЩИХ С ИСТЕРИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ.**

Все обследованные пациенты проходили стационарное лечение (120 человек), в дальнейшем осуществлялась амбулаторная поддерживающая психофармакотерапия для всех групп пациентов. При поступлении на стационарное лечение все пациенты проходили общее соматическое обследование, включавшее осмотр терапевта, невролога, офтальмолога, гинеколога (для женщин), клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, ЭКГ. Пациенты, начинавшие лечение в амбулаторных условиях, в обязательном порядке сдавали клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи. В последующем проводился регулярный динамический мониторинг клинических и биохимических показателей крови, соматоневрологического состояния пациентов для минимизации возможных побочных эффектов терапии. В случае назначения карбоната лития проводился регулярный мониторинг уровня лития в крови [Тихонов Д. В., 2020]. Выбор препаратов психофармакотерапии проводился в зависимости от клинической картины аффективной фазы или шизофренического приступа, а также степени выраженности персистирующей истерической симптоматики. Средняя продолжительность госпитализации для пациентов клинической когорты составляла $27,4 \pm 3,9$ дня, а число изменения курсов терапии – $2,3 \pm 1,1$ за весь период наблюдения. Количество госпитализаций в катamnестической когорте составляло $4,3 \pm 1,2$. Одной из основных проблем, связанных с лечением истерических расстройств, являлась проблема приверженности больных приёму лекарственной терапии и поиск минимально эффективных дозировок препаратов, в связи с ассоциированием больными

персистирующей истерической симптоматики с возникновением побочных явлений терапии и повышенной аутосуггестией, характерной личностям с истерическими включениями. Согласно оценке комплайентности по шкале Мориски-Грин, чем меньше была выраженность и множественность истерических проявлений у обследованных, тем выше был уровень комплайентности (см. табл. 30).

Таблица 30 – Уровень комплайентности по шкале Мориски-Грин.

	Конверсионная с-ка	Диссоциативная с-ка	Диссоциативно-конверсионная с-ка	Соматоформная с-ка
Кол-во баллов	3,5	2,9	1,8	2,2
Интерпретация	Высокая приверженность	Недостаточная приверженность	Неприверженность	Недостаточная приверженность

Современные исследования истерических расстройств подтверждают эффективность как психофармакотерапии (препараты из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, производных бензодиазепа, анксиолитиков, антипсихотических препаратов и др.), так и психотерапии (когнитивноповеденческой, динамической, релаксационной и др.). Отмечается эффективность сочетанного применения психофармакотерапии и психотерапии. В лечении истерических расстройств психотерапия преимущественно имеет ведущую роль. Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, установок и ожиданий пациента, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с

состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями.

7.1 Психотерапия аффективных заболеваний с сочетанной истерической симптоматикой.

Первой линией терапии всегда отдавалось предпочтение антидепрессантам из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и норадреналина (СИОЗСН) с целью выравнивания аффективного фона, снижения уровня тревоги, апатии, тоски, эмоционального напряжения, ипохондрических переживаний, нормализации цикла сна, витальных проявлений, а также опосредованного влияния на интенсивность истерической симптоматики. Вариант лечения выбирался индивидуально для каждого пациента с учетом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, клинических характеристик заболевания. Важным фактором являлось предупреждение пациента о возможном развитии побочных эффектов в начале приема антидепрессантов для обеспечения комплаенса.

Пациентам со снижением настроения с тревожным и ипохондрическим компонентом, нарушениями сна, эмоциональной лабильностью, проявлениями гетероагрессии, дисфоричностью с сочетанной конверсионной и диссоциативной симптоматикой назначался препарат флувоксамин 50-150 мг/сут. Пациентам с преобладанием апатической симптоматики в структуре гипотимии, идеомоторной заторможенностью, вялостью, астенией, нарушениями сна по типу гиперсомнии, конверсионной симптоматикой гиподинамическому типу выбирался препарат пароксетин 20-50 мг/сут. Пациентам с субдепрессивной симптоматикой с тревожным компонентом и небольшим числом проявлений конверсионной симптоматики назначался препарат эсциталопрам 10-20 мг/сут. Препараты из группы СИОЗС показывали свою эффективность в отношении рецидивирующего течения заболевания. Терапия этими препаратами

начиналась с минимальных дозировок и постепенно титровалась до терапевтических; анксиолитический эффект антидепрессантов развивался индивидуально в течение 2-4 недель, в связи с чем на первом этапе терапии применялась комбинация с производными бензодиазепа, особенно при выраженной интенсивности истерической симптоматики конверсионного регистра (клоназепам 0,5-3 мг/сут, алпразолам 0,25-10 мг/сут). Эти препараты назначались коротким курсом и могли быть препаратами первой линии в случаях кратковременного дистресса. Перед назначением этой группы препаратов собирался наркологический анамнез. Особое внимание уделялось комплайентности пациента – в некоторых случаях пациенты были склонны превышать рекомендуемые дозировки. В связи с возможным формированием зависимости и синдрома отмены при резком прекращении терапии, длительность применения препаратов производных бензодиазепа была ограничена 3-4 неделями. При назначении производных бензодиазепа учитывался период полувыведения при решении вопроса кратности приема и профилактики эффектов кумуляции (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в связи с длительным периодом полувыведения не назначался более 1-2 раз в сутки; алпразолам в связи с относительно небольшим периодом полувыведения назначался с частотой не менее 3 раз в сутки). Учитывая отсроченный эффект антидепрессантов, для быстрого воздействия на тревожную и истерическую симптоматику использовались также препараты из группы анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин). В том числе, в лечении истерической симптоматики существенный терапевтический ответ давал прегабалин 300-600 мг/сут, а также противоэпилептические препараты (ламотриджин 50-300 мг/сут, вальпроевая кислота 300-1200 мг/сут).

7.2 Психотерапия эндогенных психических заболеваний с «кастовой» истерической симптоматикой.

Пациентам с кастовой истерической симптоматикой в структуре эндогенных психических заболеваний первой линией терапии выбирались

препараты в соответствии с ведущим аффективным или психотическим синдромом с опосредованным влиянием на истерическую симптоматику. Так при ведущем аффективном синдроме предпочтение отдавалось антидепрессантам группы СИОЗС, СИОЗСН, тетрациклическим антидепрессантам (ТТЦА), а при ведущем психотическом синдроме первой линией терапии выбирались атипичные антипсихотики. В дальнейшем в соответствии с разворачивающейся клинической картиной заболевания в схему терапии могли добавляться препараты из других групп с целью симптоматического лечения.

Учитывая особенности кастовой истерической симптоматики, представленной преимущественно соматоформного типа с тенденцией к затяжному персистированию и недостаточным ответом на противотревожную терапию, назначались антипсихотические препараты с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации, снижения тревоги, интенсивности истерических проявлений и воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений: алимемазин 10-20 мг/сут, сульпирид 200-400 мг/сут, оланзапин 2,5-20 мг/сут, арипипразол 10-15 мг/сут, рисперидон 0,5-6 мг/сут, кветиапин 25-300 мг/сут.

Комбинированная терапия использовалась при недостаточном ответе на монотерапию, при высокой представленности конверсионно-диссоциативного компонента, соматоформного компонента, при наличии сверхценной или бредовой ипохондрической фиксации, сенесталагических и сенестопатических включений, выраженных психовегетативных нарушениях.

7.3 Психофармакотерапия шизофрении с сочетанной истерической симптоматикой.

Всем пациентам с установленным диагнозом шизофрении выбиралось психофармакологическое лечение с целью купирования симптомов. Базовым фармакологическим классом для лечения как острых симптомов

шизофрении, так и для длительной противорецидивной терапии выбирались антипсихотические средства.

В качестве препаратов первого выбора пациентам с первым эпизодом шизофрении, в связи с меньшим риском развития экстрапирамидных эффектов, в особенности поздней дискинезии и злокачественного нейролептического синдрома, в том числе, с целью улучшения комплайенса и приверженности к терапии, выбирались антипсихотические средства второго поколения (АВП): палиперидон, рисперидон, луразидон, кветиапин, оланзапин и прочие.

Достаточно часто проведение антипсихотической терапии сопровождалось развитием экстрапирамидной симптоматики (ЭПС). В этом случае применялись терапевтические мероприятия по её купированию (центральные холиноблокаторы: бипериден 2-16 мг/сут, тригексифенидил 2-16 мг/сут, дофаминомиметическое средство амантадин 100-600 мг/сут). При персистировании ЭПС в дальнейшем, несмотря на её коррекцию, принималось решение о смене лечения на другой антипсихотический препарат с более благоприятным профилем неврологической переносимости.

При неэффективности второго курса антипсихотического препарата психотическая симптоматика расценивалась как терапевтически резистентная, и принималось решение о преодолении резистентности: назначался клозапин 100-900 мг/сут, предпринималось комбинирование клозапина с рисперидоном или арипипразолом, использовался метод транскраниальной магнитной стимуляции коры головного мозга.

При выраженной импульсивности, агрессивном поведении, суицидальных тенденциях назначался клозапин (25-550 мг/сут). В связи с риском развития серьезных осложнений (агранулоцитоз) клозапин не являлся препаратом первой линии и назначался только при отсутствии эффекта от других препаратов. При суицидальном риске, особенно при наличии в течении заболевания аффективных колебаний, использовалась адьювантаная

терапии лития карбонатом 600-1500 мг/сут под контролем концентрации лития в плазме крови в интервале 0,4-1,0 ммоль/л.

При выраженном проявлении негативной симптоматики шизофрении необходимо было исключить ее вторичный характер (выявить возможные проявления психотического состояния, которые могли «маскировать» негативную симптоматику). Персистирующей считалась негативная симптоматика со средней либо высокой выраженностью на протяжении 6 и более месяцев в отсутствии и/или минимальной выраженности позитивных и депрессивных симптомов, а также псевдопаркинсонизма. С целью терапии негативной симптоматики использовались: карипразин 1,5-9 мг/сут, амисульприд 50-300 мг/сут, оланзапин 5-20 мг/сут, кветиапин 100-600 мг/сут, а также комбинация вышеназванных препаратов с миртазапином (30 мг/сут) или миансерином (15 мг/сут).

С целью терапии когнитивных нарушений при шизофрении использовались антихолинэстеразные средства: донепезил 5-10 мг/сут, галантамин 2,5-20 мг/сут.

С целью лечения депрессивной симптоматики в структуре шизофрении предпочтение отдавалось АВП с тимоаналептическим действием: кветиапин, луразидон, арипипразол. При недостаточном эффекте терапия аугментировалась присоединением антидепрессантов группы СИОЗС, СИОЗСН, а при их неэффективности ТЦА. При отсутствии положительного эффекта терапии в течение 6-8 недель использовались: амисульприд, зипрасидон, флупентиксол, клозапин, сульпирид, палиперидон, сертиндол, в сочетании с вальпроевой кислотой или карбамазепином.

Применение антипсихотических средств использовалось не только для купирования психотической симптоматики, возникающей в рамках основного эндогенного заболевания, а также для коррекции эмоционально-поведенческих нарушений, контроля импульсивности, гневливости, раздражительности. При явлениях острого психомоторного возбуждения в

качестве купирующей терапии назначались традиционные антипсихотические средства: кветиапин (300-600 мг/сут), рисперидона (4-8 мг/сут), сертиндола (12-24 мг/сут), сульпирида (50-1600 мг/сут), хлорпромазин (25-1500 мг/сут), промазин (20-2000 мг/сут), тиоридазин (50-800 мг/сут), алимемазин (5-30 мг/сут), перфеназин (4-24 мг/сут).

При персистировании кататонической симптоматики, сочетанной с истерическими проявлениями, в качестве препаратов выбора использовались производные бензодиазепина (в том числе с внутримышечным методом введения), а также применялись АВП с благоприятным профилем неврологической переносимости, помимо этого использовался хлорпромазин. При недостаточности или отсутствии эффекта в течение нескольких дней терапии, а также при необходимости быстрого разрешения симптомов (например, злокачественной кататонии) рассматривалась возможность более раннего применения электросудорожной терапии (ЭСТ).

После купирования острого психотического состояния избиралась тактика назначения антипсихотического препарата с опосредованным воздействием на истерическую симптоматику, среди них, с целью купирования диссоциативной симптоматики выбирались: рисперидон 2-6 мг/сут, кветиапин 100-300 мг/сут, оланзапин 5-20 мг/сут, перициазин 1-10 мг/сут, галоперидол 1,5-15 мг/сут, конверсионной симптоматики: сульпирид 50-200 мг/сут, кветиапин 50-200 мг/сут, тиоридазин 10-50 мг/сут, «кастовой» истерической симптоматики: арипипразол 5-30 мг/сут, оланзапин 5-20 мг/сут, сульпирид 50-200 мг/сут, трифлуоперазин 5-15 мг/сут.

7.4 Психотерапия эндогенных психических заболеваний аффективного и шизофренического спектров, протекающая с истерической симптоматикой.

Психотерапия являлась эффективным методом лечения истерических расстройств. Стоит отметить, что в целом психофармакотерапия давала более быстрое улучшение состояния и требовала меньше усилий пациента, временных и экономических затрат, но симптоматика могла возобновляться

при отмене терапии. Учитывая ведущую роль психологических факторов в развитии истерических расстройств, психотерапия имела приоритетное значение для их лечения по сравнению с психофармакотерапией. Оптимальным являлось сочетание психофармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствовало современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств, и позволяло реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств. Среди иных психотерапевтических методов, когнитивно-поведенческая психотерапия показывала большую эффективность (10-15 сеансов), что было связано, скорее, с возможностью воспроизводить персонализированные техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с истерическими расстройствами. В лечении истерических расстройств также показали свою эффективность методы, использующие технологии виртуальной реальности для создания экспозиции и формирования толерантности к психотравмирующим стимулам (15 сеансов по 2 в неделю), также проводилась групповая краткосрочная интерперсональная психотерапия (20 сеансов по 1,5 часа – 5 сеансов в неделю), индивидуальная и групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (20-30 сеансов). Целью этих методов психотерапии являлись конструктивные изменения, прежде всего, в межличностной сфере. Они достигались через раскрытие, анализ, осознание и переработку межличностных проблем пациента, и коррекцию его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия. Пациентам с истерическими расстройствами рекомендовалось с целью снижения уровня тревожности, контроля над дыханием и мышечным напряжением использование релаксационных методов (10-15 сеансов). Были выделены противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению пациентов с истерическими расстройствами: 1) пациенты со страхом перед

самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты; 2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям и очевидной вторичной выгодой от болезни; 3) пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью; 4) пациенты, которые не могли регулярно посещать сеансы психотерапии; 5) пациенты, которые не стремились участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии; 6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволяли им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывали свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдали за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьезным негативизмом или ригидностью).

Таким образом, выбор тактики терапии эндогенных психических заболеваний с сопряженной истерической симптоматикой, основывался на лечении ведущего аффективного или психотического синдрома с опосредованным купирующим действием истерической симптоматики. 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 антипсихотиками второго и третьего поколений, их комбинация или последовател. Подбор психофармакотерапии пациентам с истерическими расстройствами в структуре эндогенных психических заболеваний в данном исследовании заключался в первостепенном выборе тактики лечения ведущего аффективного или психотического синдрома, после чего из возможных вариантов терапии выбирался тот, который опосредованно влиял на истерические проявления.

Из препаратов, опосредованно влияющих на истерическую симптоматику, предпочтение отдавалось антидепрессантам из различных групп с целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности истерических проявлений. Вариант лечения следует выбирать индивидуально для каждого пациента с учетом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, клинических характеристик заболевания. Важным фактором являлось предупреждение пациента о возможном развитии побочных эффектов в начале приема антидепрессантов для обеспечения комплаенса.

Назначались препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина: пароксетин 20-50 мг/сут, эсциталопрам 10-20 мг/сут, флувоксамин 50-100 мг/сут. Препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина показывали свою эффективность в отношении рецидивов. Терапия этими препаратами начиналась с минимальных дозировок и постепенно титровалась до терапевтических; анксиолитический эффект антидепрессантов развивался индивидуально в течение 2-8 недель, в связи с чем на первом этапе терапии применялась комбинация с производными бензодиазепа, особенно при выраженной интенсивности истерических явлений (клоназепам 0,5-3 мг/сут, алпразолам 0,25-10 мг/сут). Эти препараты назначались коротким курсом и могли быть препаратами первой линии в случаях кратковременного дистресса. Перед назначением этой группы препаратов собирался наркологический анамнез. Было нецелесообразно их назначать пациентам с зависимостью или риском формирования зависимости от ПАВ. Особо внимание уделялось комплаентности пациента – в некоторых случаях пациенты были склонны превышать рекомендуемые дозировки. В связи с возможным формированием зависимости и синдрома отмены при резком прекращении терапии, длительность применения препаратов производных бензодиазепа была ограничена 3-4 неделями. При назначении производных бензодиазепа

учитывался период полувыведения при решении вопроса кратности приема и профилактики эффектов кумуляции (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в связи с длительным периодом полувыведения не назначался более 1-2 раз в сутки; алпразолам в связи с относительно небольшим периодом полувыведения назначался с частотой не менее 3 раз в сутки). Учитывая отставленный эффект антидепрессантов, для быстрого воздействия на тревожную и истерическую симптоматику использовались также препараты из группы анксиолитиков (гидроксизин, буспирон, этифоксин). В том числе, в лечении истерической симптоматики существенный терапевтический ответ давал прегабалин 300-600 мг\сут, и противоэпилептические препараты.

Пациентам с истерическими расстройствами в структуре эндогенных психических заболеваний с недостаточным ответом на монотерапию рекомендовалось назначать антипсихотические препараты с целью снижения интенсивности сенестопатических ощущений, психовегетативных нарушений, ипохондрической фиксации: алимемазин 10-20 мг/сут, сульпирид 200-400 мг-сут, оланзапин 2,5-20 мг/сут (адьювантная терапия), арипипразол 10-15 мг/сут, рисперидон 0,5 - 6 мг/сут, кветиапин 25-300 мг/сут с целью снижения тревоги, интенсивности истерических проявлений и воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений.

Комбинированная терапия использовалась при недостаточном ответе на монотерапию, при высокой представленности конверсионно-диссоциативного компонента, соматоформного компонента, при наличии сверхценной или бредовой ипохондрической фиксации, сенесталагических и сенестопатических включений, выраженных психовегетативных нарушениях.

Пациентам в данном исследовании при применении психотропных препаратов проводилась оценка эффективности и переносимости терапии, которая осуществлялась на 7-14-28 день психофармакотерапии и далее 1 раз

в 4 недели до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения. При непереносимости или недостаточной эффективности проводилась коррекция дозировок или смена препарата.

Применение антипсихотических средств использовалось не только для купирования психотической симптоматики, возникающей в рамках основного эндогенного заболевания, а также для коррекции эмоционально-поведенческих нарушений, контроля импульсивности, гневливости, раздражительности. При явлениях острого психомоторного возбуждения в качестве купирующей терапии назначались традиционные антипсихотические средства: кветиапин (300-600 мг/сут), рисперидона (4-8 мг/сут), сертиндола (12-24 мг/сут), сульпирида (50-1600 мг/сут), хлорпромазин (25-1500 мг/сут), промазин (20-2000 мг/сут), тиоридазин (50-800 мг/сут), алимемазин (5-30 мг/сут), перфеназин (4-24 мг/сут).

При выраженной импульсивности, агрессивном поведении, суицидальных тенденциях назначался клозапин (25-550 мг/сут). В связи с риском развития серьезных осложнений (агранулоцитоз) клозапин не являлся препаратом первой линии и назначался только при отсутствии эффекта от других препаратов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

В современной научной литературе дискуссия о месте и вкладе в структуру и течение заболевания истерическая симптоматика и оценка ее прогностической роли остается предметом активного обсуждения. В описанных ранее в научной литературе расстройствах, протекающих в сочетании с истерическими расстройствами, проводилось разграничение, в первую очередь, исходя из особенностей эндогенного психического заболевания, заведомо рассматривая появление истерической симптоматики обособленно [Дубницкая Э.Б., 1979; Смулевич А. Б., 2009; Чиковани Г. О., 1997]. В последние три десятилетия в научных исследованиях заметен дефицит работ, посвященных сопряженности истерических расстройств с иной психопатологической симптоматикой в рамках эндогенных психических заболеваний [Balaratnasingam S., 2006; Dhadphale M., 2016; Galli S., 2018; Mink J. W., 2013; Попов С. М., 2022]. Работы последних лет посвящены изучению негативных изменений личности при истерошизофрении [Жилин В.О., 2020; Смулевич А.Б., 2009]. В основном, истерические расстройства рассматривались обособленно в контексте динамики течения либо эндогенных аффективных заболеваний, либо шизофрении, без внимания к вопросам сопряженности и взаимовлияния истерической симптоматики и аффективных или психотических синдромов [Даниленко О.А., 2011; Ильина Н.А., 2004; Иванов С.В., 2002; Пшеничных И.В., 2006; Попов С. М., 2022]. В этой связи, феноменологический и психопатологический анализ истерических расстройств, выявляемый в структуре эндогенной психической патологии, ориентированный на разработку алгоритмов ранней дифференциальной диагностики - актуальная и своевременная задача.

Для исследователей настоящего времени представляется важным адекватная оценка вклада феноменологии проявлений истерии в клиническую картину эндогенной психической патологии как

аффективного, так и шизофренического регистров, позволяющего составить впечатление о влиянии истерии и, что особенно значимо, ее весомой патопластической роли, существенно влияющей на закономерности течения и исхода заболевания. Отдельным аспектом, в этой связи стоит понимание сути перекрестных взаимодействий преморбидной структуры личности, наследственной предрасположенности и клинико-биологических коррелятов актуального заболевания.

Клинико-психопатологическое и клинико-катамнестическое исследования эндогенных психических заболеваний, протекающих с соучастием истерической симптоматики, позволили установить ряд недостаточно освещенных ранее положений, касающихся собственно феноменологии истерических состояний, а также гендерных особенностей клинических проявлений психопатологической симптоматики, особенностей динамики течения заболевания, отдаленных исходов заболевания.

Настоящее исследование выполнено в период с 2017 по 2020 гг. в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель отдела – д.м.н. А.Н. Бархатова) ФГБНУ Научного центра 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 и данных клинико-катамнестического обследования 50 больных, госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ в 1995-2010 годах (длительность катамнеза 10-25 лет).

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 [Попов С. М., 2022].

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 привлечением преимущественно конверсионной симптоматики (40,8%), второй – диссоциативной симптоматики (7,5%), третий был 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 выраженности истерической симптоматики также была различной - от кратковременных периодических включений нестойкого характера до генерализованных истерических расстройств [Попов С. М., 2022].

В отношении последовательности становления истерической симптоматики в картине эндогенного заболевания у изученных больных было установлено, что в 50% случаев (35 больных) истерические

расстройства возникали в структуре первого психотического эпизода или аффективной фазы, в 28,6% случаев (20 больных) манифестация истерической симптоматики происходила в структуре повторного приступа или фазы. Формирование актуальной истерической симптоматики в 21,4% случаев (15 больных) происходила до манифестации эндогенного заболевания [Попов С. М., 2022].

Конверсионные нарушения были представлены преимущественно расстройствами чувствительно-двигательной сферы. В числе основных компонентов конверсионного расстройства выделялись: истерические алгии (в 58,57% случаев), истерический припадок без нарушения сознания (25,71%), истерические гипестезии и анестезии (31,42%), истерические парестезии (38,57%), истерические гиперкинезы (15,71%), истерический тремор (54,29%), расстройства зрительных функций (1,43%), истерические расстройства речи (4,29%), истерический «ком» (70,00%), профессиональные дискинезии (21,43%), астазия-абазия (41,43%), истерические спастические явления (70,00%), истерические параличи (10,00%), истерические парезы (60,00%) [Попов С. М., 2022].

В рамках соматоформных расстройств отмечались нарушения в работе дыхательной системы (в 11,43% случаев) - икота, кашель, часто сочетающийся с чиханием и зеванием, учащенное заглатывание воздуха (истерическая аэрофагия), гипервентиляция, нарушения сердечно-сосудистой системы (11,43%) – синдром кардионевроза, алгические явления иммитирующие стенокардию; нарушения почечной системы (5,71%); нарушения желудочно-кишечного тракта (20,00%) – рвота, тошнота, изжога, диспепсические явления, расстройства работы кишечника, синдром раздраженного кишечника; а также нарушения феноменологически сходные с проявлениями дерматологических расстройств и патологии опорно-двигательного аппарата (4,29%) [Попов С. М., 2022].

Диссоциативные расстройства клинически проявлялись большим истерическим припадком со снижением уровня сознания (в 4,29% случаев), истерическим ступором (24,29%) и истерическим возбуждением (12,86%), истерической деперсонализацией (7,14%), амбулаторными автоматизмами (2,86%), истерической псевдодеменцией (25,71%), истерическими галлюцинациями (5,71%), синдромом истерических бредоподобных фантазий (7,14%) [Попов С. М., 2022].

Коморбидные психопатологические образования были представлены бредовыми (48,28%), галлюцинаторно-бредовыми (27,59%) расстройствами, параноидным синдромом (6,7%), аффективными расстройствами, как изолированными, так и в сочетании с симптоматикой психотического уровня (37,1%).

Аффективная симптоматика в подавляющем числе случаев была представлена гипотимическим радикалом (88,5%), в небольшом проценте случаев (11,5%) у больных отмечались смешанные аффективные состояния в виде ипохондрической мании. По своей структуре депрессии характеризовались наличием полной депрессивной триады. Идеаторные нарушения депрессивного круга были представлены заторможенностью, трудностями концентрации внимания, рассеянностью. Аффективная симптоматика на высоте состояния сопровождалась признаками витальности в виде нарушения сна, снижения аппетита вплоть до его отсутствия. Расстройства сна проявлялись в виде трудностей засыпания, частых ночных пробуждений, отсутствия чувства отдыха после сна, а также в виде инверсии цикла сна и бодрствования. Почти у половины больных (53,84 %) отмечались демонстративные суицидальные интенции. Встречалась внутренняя форма суицидального поведения, представленная антивитальными переживаниями, преимущественно активными размышлениями о желании «забыться», в связи с длительным действием триггера психотравмирующей ситуации. Также выявлялась форма аутоагрессивного несуйцидального поведения в виде нанесения

самопорезов без ощущения эйфории с целью снижения аффективного напряжения. Оценка депрессии по шкале Гамильтона на высоте состояния составляла в среднем $31,5 \pm 4,9$ балла, что соответствовало депрессивному расстройству крайне тяжелой степени тяжести. Депрессивное состояние развивалось постепенно, и его последующее течение приобретало затяжной протрагированный характер. Аффективный компонент определялся устойчивостью, монотонным течением с отсутствием резких колебаний [Попов С. М., 2022].

Сопутствующая психотическая симптоматика развивалась исподволь, степень систематизации и выраженность бредовых расстройств зависела от структуры манифестного приступа и проявлялась или существованием неустойчивой фабулы бреда – с одновременным сосуществованием нескольких тем бреда, отличающихся изменчивостью и непостоянством с распространением бредовой оценки на окружающих лиц, или устойчивой систематизированной бредовой фабулой. Бредовые идеи формировались на фоне астено-депрессивного состояния и обнаруживали преимущественно ипохондрическую и персекуторную фабулу, реже отмечался бред воздействия, ревности, отношения и религиозный. Галлюцинаторная симптоматика была представлена вербальным псевдогаллюцинозом комментирующего, оскорбляющего характера, отражающим содержание психотравмирующей ситуации. У пациентов отмечались явления психического автоматизма, в этих случаях предшествующая конверсионная симптоматика приобретала характер отчуждения, «деланности» в ходе развития психотического эпизода. Аффективная симптоматика в структуре психотического приступа, характеризовалась полиморфизмом и дисгармоничностью проявлений. Депрессивная триада носила черты атипичности, соотношение тимического и идеаторного компонентов было неравнозначным, превалировал идеаторный компонент, моторная составляющая была представлена в меньшей мере. Аффективная симптоматика была представлена

преимущественно тревожно-тоскливым радикалом (65,5%), ассоциированным с ведущей психотической симптоматикой, и другими тимическими радикалами (34,5%) (апатический, астенический, дисфорический и др.). Дисгармоничность депрессивного аффекта также проявлялась в своеобразии идей собственной малой значимости, сочетавшихся с завышенной самооценкой, идеями недооцененности, своей исключительности. У пациентов отмечались эпизоды атипичных истерических панических атак, соматических и вегетативных жалоб. Нарушения сна отмечались по типу многократных пробуждений, трудностей засыпания, ассоциировано с психотическим состоянием, которое предопределяло поведение больного. Отмечалось снижение аппетита, вплоть до отказа от еды и питья на несколько дней, данная симптоматика носила как бредовой, так и демонстративно-шантажный характер. С целью объективизации клинической динамики все пациенты данной группы были дважды (в момент поступления в стационар и при выписке) обследованы по шкале позитивных и негативных синдромов PANSS, которая составила $79 \pm 10,3$ баллов при поступлении и $45 \pm 2,9$ баллов при выписке [Попов С. М., 2022].

Таким образом, изучение психопатологических особенностей истерических расстройств позволило выявить три различных типологических группы на основании различий как в структуре самого истерического синдрома и динамике истерических расстройств, так и в степени сосуществования с психопатологической симптоматикой основного заболевания [Попов С. М., 2022].

Первая типологическая группа – истерические расстройства, проявляющиеся в связи с аффективной симптоматикой, вторая группа – истерические расстройства, сопряженные с психотической симптоматикой, третья группа – кастовые, с ведущей истерической симптоматикой в структуре актуального состояния.

I типологическая группа (истерические расстройства, проявляющиеся в связи с аффективной симптоматикой) была представлена 26 пациентами, что составило больше трети от всех обследованных (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 лишь 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 напрямую влияли на картину формирующейся аффективной фазы: малая интенсивность и стертый характер истерических симптомов способствовали развитию апато-адинамического аффективного радикала, а яркие и спонтанные истерические проявления формировали тревожно-ипохондрический аффективный радикал [Попов С. М., 2022].

II типологическая группа (при сопряжении истерических расстройств с психотической симптоматикой) отмечалась у 29 пациентов, что составило 41,43% от всех обследованных. 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 в сочетании, 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 базой 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 встраиваясь 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 [Попов С. М., 2022].

III типологическая группа (кастовая истерическая симптоматика) была представлена 15 пациентами - 21,43% от числа всех обследованных. 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 и малые конверсионные 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 ослабляли «психическую защиту» и 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 [Попов С. М., 2022].

Для установления информативного прогноза заболевания необходима совокупная оценка всех факторов, несущих прогностическую значимость, т.е. помимо особенностей типологических разновидностей сопряжения истерической симптоматики и эндогенного психического заболевания важно было учитывать и факторы возможной наследственной отягощенности, преморбидный тип личности, возраст начала и манифестации заболевания, характер инициального и манифестного этапа, характер и структуру психогенной, экзогенной или соматогенной провокации, предшествующей развитию истерической симптоматики (при ее наличии).

Истерическая симптоматика в структуре эндогенных аффективных заболеваний и шизофрении выявляла различия относительно темпа и интенсивности нарастающих расстройств, их клинической структуры, относящейся к конверсионным, диссоциативным или соматоформным проявлениям, 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 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), он приходился на средний возраст $27 \pm 9,42$ года, и характеризовался в большинстве случаев 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, апато-динамический и депрессия с преобладанием нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга. Истерическая симптоматика выявляла отчетливое психопатологическое взаимодействие с осевым аффективным синдромом в отношении его структуры, течения и последующего редуцирования.

Структура манифестного эпизода эндогенного аффективного заболевания определялась в 15 случаях (41,67%) депрессией в сочетании с тревожной и ипохондрической симптоматикой, а также депрессией с преобладанием астено-апатической симптоматики (12 случаев, 33,33%), и депрессией со значительным преобладанием нарушений поведения в рамках акцентуации истерического круга (9 случаев, 25%).

Клиническая картина манифестирующей депрессии с преобладанием тревожных и ипохондрических явлений характеризовалась отчетливым снижением настроения с тревогой и вегетативной симптоматикой, выраженным беспокойством за собственное здоровье, постоянной оценкой собственных ощущений, пароксизмальными

тревожными приступами, физической слабостью и постоянным чувством усталости, выраженными нарушениями сна с тревожными руминациями в моменты засыпания, многократными ночными пробуждениями, снижением аппетита вплоть до его отсутствия. Депрессии характеризовались правильным суточным ритмом. Ипохондрические переживания достигали уровня сверхценных идей. Они сочетались (в 6 случаях, 16,67%) с обсессивно-фобическими расстройствами, дополнявшими ипохондрическую идею.

В клинической картине манифестирующей депрессии со значительным преобладанием нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга на первый план выходили полиморфные аффективные расстройства (сочетание тревоги, тоски, апатии, подавленности) без идеаторной и моторной заторможенности, неправильным суточным ритмом, нарушениями сна. Тимический компонент сопровождался демонстративными нарушениями поведения в рамках акцентуации истерического круга (утрированное отчаяние с рыданиями, гиперболизация описываемых переживаний, манипулятивное суицидальное поведение). Наряду с демонстративным поведением значительное место в картине депрессии занимали конверсионные расстройства (астазия-абазия, тремор конечностей, афония, истерическая «дуга», истерические припадки без нарушения сознания), а также истерические проявления диссоциативного типа (истерическая псевдодеменция, истерические конфабуляции, содержание которых отражало психотравмирующую ситуацию). Характерными были истералгии, проявляющиеся необычными неприятными ощущениями в теле. Манифестация характеризовалась преимущественно острым началом, с быстро нарастающими аффективными и истерическими проявлениями. Обратное развитие истеродепрессивного состояния происходило постепенно, литически через 3—4 месяца.

В случае манифестации депрессией астено-апатической структуры преобладали явления эмоционального обеднения, снижение аффективного резонанса, сочетание психической гиперестезии с психической гипестезией, ощущение безнадежности и беспомощности. Особенностью этих депрессий было преобладание физической астении, проявляющейся слабостью мышечного аппарата. Отмечались нарушения сна по типу трудностей засыпания и многократных пробуждений. В данном варианте манифестных состояний выявлялась связь с конверсионными и соматоформными нарушениями. Диссоциативные расстройства проявлялись исключительно в рамках панических эпизодов, тревогу сопровождало ощущение «нехватки воздуха», ощущение препятствия в горле, что сочеталось с головокружением, внутренней дрожью, слабостью в ногах. Истерическая симптоматика в рамках астено-апатического варианта манифестного состояния носила стертый, «мягкий» характер, проявляющий интенсивность в виде диссоциативных пароксизмов, только в эпизодах повторных психогенных провокаций.

В клинической группе биполярного аффективного расстройства (F31.XX по МКБ-10) истерическая симптоматика возникала исключительно в депрессивных фазах, не проявляясь в маниакальных. В анамнезе 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

катамнестическом исследовании постепенно встраивались в реагирование больных, не нарушая социально-трудовую адаптацию.

В клинической группе рекуррентного депрессивного расстройства (F33.XX по МКБ-10) отмечалось гендерное различие в отношении картины 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 катамнестическом периоде наблюдения у больных выявлялось углубление характерологических истерических черт.

Динамика истерических соматоформных расстройств, сопряженных с эндогенным аффективным заболеванием, характеризовалась становлением соматовегетативных нарушений, в дальнейшем к этому присоединялись приобретенные патохарактерологические особенности, на завершающем этапе развития происходила стереотипизация истерического реагирования. Пациенты утрачивали способность к адаптивному реагированию, становились ригидными, были фиксированы на узком круге аффективных переживаний. Склонность к тревожному реагированию и ригидность выступали в качестве основных факторов трансформации истерических

нарушений в стойкие патохарактерологические расстройства. При развитии повторных фаз или приступов эндогенного заболевания и утяжелении истерической симптоматики наблюдалось формирование болезненного реагирования с формированием «клише болезни» [Попов С. М., 2022].

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 депрессивного-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-адинамическим (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 катамнестическом периоде у больных отмечалось развитие дефицитарных расстройств по типу сдвига в сторону «двойной жизни», отмечалось «расплывающееся» мышление. Но несмотря на прогредиентность заболевания, в первые годы болезни истерический радикал личности позволял пациентам сохранять достаточный социальный уровень. В ремиссионном периоде у больных отмечались стойкие и ригидные истерические поведенческие установки по типу искажения влечений с пуэрильностью, зависимостью, обидчивостью, которые со временем сопровождали формирование психопатоподобных изменений личности.

В клинической группе шизофрении с малой прогредиентностью течения (F21.X по МКБ-10) истерическая симптоматика преимущественно включала конверсионный и соматоформный спектр расстройств, с меньшим числом диссоциативных проявлений. Существенно также гендерное различие в данной группе, где у мужчин преимущественно

формировалась соматоформная симптоматика, когда 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 анамнезе отмечалось нарастание монотонности и вязкости депрессивного синдрома с увеличением удельного веса бредовых расстройств. В катamnестическом периоде наблюдения истерическая симптоматика утрачивала яркость, ее проявления становились менее выраженными, на передний план постепенно выступали соматоформные нарушения, замещая диссоциативно-конверсионный спектр симптомов. У больных формировалась ипохондрическая готовность реагирования на психотравмирующие события. В континууме основного заболевания истеро-ипохондрические явления замещались стойкими астеническими расстройствами. В катamnестическом 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.

Наследственность, преморбидные особенности и катamnестическое исследование пациентов с эндогенным психическим заболеванием, протекающим с истерической симптоматикой.

Наследственная отягощенность у пациентов с сочетанием истерической симптоматики и аффективных расстройств отмечалась в 33,33% случаев и была представлена преобладанием аффективных заболеваний (F31, F32, F33, F34) – в 45,45% случаев, а в 36,36 % была представлена наличием патохарактерологических особенностей, и в 18,18% случаев – шизофренией. Преморбидно личность этих пациентов

можно было квалифицировать как акцентуированную циклоидного радикала (12,79%), эмоционально-лабильного (12,79%), психастенического (28,59%), гипертимного радикала (7,15%), истерошизоидную (16,67%) и другие личностные акцентуации (13,69%). Преморбидно у пациентов отмечалось наличие истерических черт характера, таких, как впечатлительность, гипертрофированная живость воображения, демонстративность, псевдология, несоответствие внешнего выражения эмоций глубине переживания, их инфантильная окраска, слабоволие. Также этим пациентам была присуща особая личностная реакция на болезнь в виде умения извлечь пользу из играемой «роли» при сохранении многоплановости отношений с людьми. У пациентов отмечались истерические характерологические черты, представленные в виде неадекватного, преувеличенного выражения собственных эмоций, манипулятивного симулянтного поведения, с целью привлечения внимания могли вести себя вызывающе, устраивать конфликты, имитировать ухудшение состояния. Эти эмоциональные состояния, обычно, были кратковременны и зависели от окружающей ситуации. Симптомы истерического круга формировались в рамках экзогенных и психогенных провокаций. В качестве психогенных провокаций выступали длительно существующие, неустранимые семейные и социальные проблемы. Экзогенные факторы были представлены приемом ПАВ и алкоголя. Продромальный этап заболевания был связан с острой субъективно значимой психотравмирующей ситуацией: потеря близкого человека, домашнего питомца, дорожно-транспортная авария, потеря рабочего места. В качестве инициальных симптомов выступали аффективные колебания преимущественно тревожной и тоскливой структуры, с явлениями гетероагрессии, а также истерические расстройства, что в последующем приводило к присоединению сопутствующих диссоциативных и конверсионных расстройств. В катamnестическом исследовании биполярного аффективного заболевания

(F31.XX по МКБ-10) истерическая симптоматика сохранялась и на этапе ремиссии, проявляясь в стертой форме в виде бедных по проявлениям конверсионных расстройств, а также нарушений поведения в рамках акцентуации истерического круга. По мере формирования и консолидации ремиссии нивелировалась лабильность истерических симптомов, снижалась изменчивость поведения, приобретая характер «стереотипного штампа». Обращали на себя внимание нарастающие нарушения мышления по типу соскальзывания, отмечающееся не только в структуре фаз, но и на момент становления ремиссии, то есть отмечалось медленное обратное развитие диссоциативных псевдодементных явлений, что также влияло на формирование социально-трудовых установок, оскудение интересов на фоне полноценной социальной и трудовой адаптации. В катamnестическом исследовании пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (F33.XX по МКБ-10) истерическая симптоматика носила приступообразный, спорадический характер, развивалась исключительно в структуре аффективных эпизодов, протекала по типу клише и постепенно полностью редуцировалась. Также, для рекуррентного депрессивного расстройства было характерно отсутствие истерических проявлений в ремиссионных периодах и сохранение ипохондрической сверхценной симптоматики, предрасполагавшей к повторной актуализации соматоформных расстройств при возникновении психотравмирующего воздействия. Истерическая симптоматика в повторных фазах не теряла свою окрашенность, приобретала соматоформные черты, а диссоциативная симптоматика более не возникала. В катamnестической группе отмечалась инвалидизация по психическому заболеванию в 58,33% случаев. Акцентуированные истерические черты углублялись в сторону психопатизации, что приводило к постепенной десоциализации, уменьшению активных социальных контактов, и в последующем обеднению истерической симптоматики.

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями у пациентов с сочетанием истерической симптоматики и психотических расстройств у родственников I степени родства отмечалась в 11,76% случаев, а с учетом II степени родства – у 8,82% больных. При этом среди психической патологии было выявлено явное преобладание патохарактерологических особенностей – 27,78%. Наследственная отягощенность аффективными заболеваниями у родственников отмечена в 27,27% случаев, а наличие эндогенного шизофренического процесса также выявлялось у 27,27%. У этих пациентов наследственная отягощенность шизофренией и аффективными заболеваниями встречались реже, чем в клинической группе истерических расстройств, сочетающихся с аффективными заболеваниями, а также выявлялось преобладание у одного из родителей истерических акцентуированных или психопатических характерологических черт, наличие психологической травмы в анамнезе, внутрисемейных конфликтов, воспитание в условиях гиперопеки, а также истерические характерологические черты в преморбиде. В свою очередь у пациентов данной группы отмечался относительно высокий социальный статус к началу заболевания, что было связано с преобладанием истерических черт в характере, помогающих больным добиваться желаемого в социуме. С детства пациенты отличались капризностью, своеобразием, зависимостью от мнения социума, обидчивостью, стремлением выделяться. Преморбидный социальный статус отличался высоким уровнем, что было связано с доминирующими истерическими чертами в структуре личности, у пациентов отмечался высокий интеллектуальный уровень, хорошо учились в школе, имели хобби, такие как занятия музыкой, чтение, были социально адаптированы, занимали активную позицию в обществе, в котором оказывались. Патохарактерологическое разделение пациентов было представлено акцентуацией шизоидного радикала в 60% случаев, истерошизоидного в 30% и психастенического в 10%. Преморбидно, у всех пациентов

отмечались такие характерологические акцентуированные черты, как манерность, капризность, театральность, демонстративность, эмоциональная лабильность, эгоцентризм, повышенная внушаемость и манипулятивное поведение. Истерическая симптоматика в ремиссионном периоде у пациентов с эндогенным психотическим расстройством (F2X.XXX по МКБ-10) полностью редуцировалась, в рамках континуума заболевания проявлялась только в структуре приступов и фаз, постепенно упрощаясь и приобретая стереотипный характер в повторных эпизодах болезни. Стоит отметить, что в ремиссионном периоде вне зависимости от его качества, отмечались нарастающие с каждым эпизодом нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга, перекрывая «ядерные» черты личности. В катамнестическом исследовании пациентов с истерической симптоматикой, сопряженной с психотическими расстройствами, в структуре шизофрении (F2X.XXX по МКБ-10), нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга вне диссоциативно-конверсионного регистра, наблюдавшиеся в состоянии ремиссии, приобретали крайнюю стойкость и ригидность, сопровождаясь резким и грубым изменением влечений, манерностью, пуэрильностью, вычурностью, постепенно переходящих в психопатоподобное поведение. В период ремиссии эпизодически возникали различные по продолжительности и выраженности субдепрессивные приступы с аффективной лабильностью, внезапными парасуицидальными попытками. Больные данной группы быстро отказывались от рабочей деятельности, соглашаясь на получение инвалидности по психическому заболеванию (60% от числа обследованных с выявленным диагнозом шизофрении параноидной с эпизодическим течением).

У пациентов из группы кастовых истерических расстройств наследственная отягощенность отмечалась в 36,7% случаев, из них была представлена преобладанием патохарактерологических особенностей (F6X.X по МКБ-10) в 59,7% случаев, аффективных заболеваний (F3X.XX

по МКБ-10) в 30,2% случаев, а в 10,1 % была представлена наличием в анамнезе родственников шизофрении (F2X.XXX по МКБ-10). Преморбидно у этих пациентов отмечался склад личности с преобладанием черт внушаемости, подверженности чужому влиянию, склонности к интроверсии, мечтательности и фантазированию. Пациенты данной клинической группы патохарактерологически разделялись на акцентуированный шизоидный радикал 46,67%, психастенический радикал 20% и истерошизоидный радикал 33,33% с наличием истерических черт, таких, как эгоцентричность, нетерпеливость, поверхностность суждений, эмоциональная лабильность, отсутствие эмпатии. При катамнестическом наблюдении пациентов с кастовой истерической симптоматикой, в рамках развития малопрогрессирующей шизофрении (F21.X по МКБ-10), наряду с тревожно-ипохондрической и истерической соматоформной симптоматикой в клинической картине все больший удельный вес приобретали негативные изменения личности, сопоставимые с психопатоподобным дефектом по типу «искажения личностных черт» [Попов С. М., 2019]. Истерические явления у этих пациентов приобретали стереотипный, монотонный характер, бледнели по проявлениям, их становилось меньше, у больных отмечался немотивированный отказ от прежних интересов и увлечений, перемена жизненного уклада, нарастала парадоксальность и гротескность выражения эмоций. Отмечалась постепенная редукция и видоизменение истеро-ипохондрических расстройств, нарастали астенические проявления. В связи с ощущением постоянной слабости, недомогания, общим снижением тонуса, у больных сужалась сфера деятельности, нарастали нарушения мышления по типу рассеянности и трудностей концентрации внимания. В периоды переутомления отмечались наплывы или обрывы мыслей. Пациенты преимущественно выбирали простую и легкую, механическую работу, а чаще - соглашались на получение инвалидности по психическому заболеванию - 73,33%. На поздних этапах шизофренического процесса на

первый план выступали психопатоподобные характерологические изменения истероформного и шизоидного регистров. Отношения с родственниками становились холодными, формальными, носили сугубо материальный характер, с частыми конфликтными ситуациями, больные чаще предпочитали общение с малознакомыми людьми. Также у больных отмечались патохарактерологические изменения в виде утраты живости и яркости эмоционального реагирования, нарастающий аутизм с неуклонным разрывом социальных связей, регрессивная синтонность, резонерство. В том числе формировалась ипохондрическая «готовность» реагирования на психотравмирующее воздействие, предъявляемые жалобы становились полиморфными, неопределенными, часто сменяющимися, отличались значительной образностью и красочностью. Отмечалось упорное стремление убедить окружающих в тяжести своего заболевания, получить внимание, поддержку, жалость и сочувствие.

Благоприятный исход преимущественно отмечался в 1 типологической группе – сочетании истерических проявлений с аффективными расстройствами (33,33%), 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 во 2 типологической группе – в варианте сочетания истерических расстройств с психотической симптоматикой (33,33%). Предикторами неблагоприятного прогноза заболевания являлись: высокая частота задержанного онтогенеза, преморбидного склада 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 прогнозом считалось наличие соматогении в продроме заболевания у больных с психастеническим и истерошизоидным личностным радикалом, способствующим дальнейшему развитию стойкого соматоформного расстройства.

Описанные нозологические формы, в структуре которых нашли свое отражение различные соотношения истерического симптомокомплекса и иных психопатологических образований, свидетельствуют о весомой патопластической роли истерической симптоматики. Взаимодействие истерической симптоматики с аффективными или психотическими расстройствами, в рамках формирования фазы или приступа эндогенного психического заболевания, демонстрировало их соподчиненность. Всестороннее изучение этой проблемы позволит разрабатывать и внедрять в клиническую практику наиболее эффективные программы терапии, направленные на успешную адаптацию данной категории больных.

С целью получения дополнительных параметров нозологической и прогностической оценки эндогенного психического заболевания, протекающего с истерической симптоматикой, были привлечены данные патопсихологического обследования этих пациентов. Данный раздел работы проводился совместно с сотрудниками отдела клинической психологии ФГБНУ НЦПЗ (руководитель к.п.н. Ениколопов С.Н., исследование проводили - ст. н. сотр. ФГБНУ НЦПЗ, к.п.н. Плужников И.В. и л.-и. Василевская М.В.).

В группу истерических расстройств, сопряжённых с психотической симптоматикой, было включено 29 пациентов (средний возраст $28 \pm 8,63$ года). В группу истерических расстройств, сопряженных с аффективной симптоматикой, вошли 26 пациентов (средний возраст $31,5 \pm 10,15$ лет.). В группу больных с кастовой истерической симптоматикой вошли 14 пациентов (средний возраст $36 \pm 11,7$). С испытуемыми проводились два

замера – в начале и в конце пребывания в стационаре. В контрольную группу было включено 20 испытуемых (средний возраст $29,9 \pm 9,12$ года). С испытуемыми проводилось одно тестирование. Исследование не было сплошным, некоторые пациенты выбыли из исследования до того, как с ними был проведен весь комплекс методик. В силу малочисленности группы пациентов с «кастовой» истерической симптоматикой результаты по оценке психологических особенностей динамики состояния, а также корреляционных связей, представлены в ограниченном виде.

Основываясь на полученных результатах, отмечалась определенная «коморбидность» истерических проявлений с другими личностными установками (с помощью непараметрического коэффициента корреляции Ч. Спирмена). Корреляционная плеяда показывала, что *шкала истерического типа положительно связана со шкалами зависимого* ($r=0,59$, при $p \leq 0,01$), *пограничного* ($r=0,56$, при $p \leq 0,01$) *и нарциссического типа* ($r=0,72$, при $p \leq 0,01$). Высокие показатели по одной из шкал предполагали высокие показатели по остальным шкалам, чем ярче были выражены признаки пограничного, нарциссического и зависимого типов личности, тем выше были показатели истерического компонента. Планирование было отрицательно связано с уровнем личностных убеждений параноидного и пограничного типов ($r=-0,49$, при $p \leq 0,05$). Моделирование также было связано отрицательно с личностными убеждениями избегающего ($r=-0,61$, при $p \leq 0,01$), зависимого ($r=-0,63$, при $p \leq 0,01$), нарциссического ($r=-0,47$, при $p \leq 0,05$) и истерического типов ($r=-0,56$, при $p \leq 0,01$). Между шкалой программирования как процесса саморегуляции и показателем личностных убеждений избегающего типа была обнаружена значимая отрицательная взаимосвязь ($r=-0,47$, при $p \leq 0,05$). Между шкалой оценивания результата и шкалами личностных убеждений все значимые связи являлись обратно пропорциональными – с личностными убеждениями избегающего типа ($r=-0,65$, при $p \leq 0,01$), зависимого ($r=-0,57$, при $p \leq 0,01$), пограничного ($r=-0,62$, при $p \leq 0,05$) и

истерического типов ($r=-0,47$, при $p\leq 0,05$). Шкала самостоятельности в структуре саморегуляции – единственная шкала, которая имела положительную связь со шкалой личностных убеждений шизоидного типа ($r=0,53$, при $p\leq 0,05$). Общий показатель уровня саморегуляции был отрицательно связан с личностными убеждениями избегающего ($r=-0,73$, при $p\leq 0,01$), зависимого ($r=-0,54$, при $p\leq 0,05$) и пограничного типов ($r=-0,62$, при $p\leq 0,01$). Показатель гибкости как процесса саморегуляции не был связан ни с одной шкалой личностных убеждений.

Для оценки значимости изменений в значениях шкал в первом и втором тестировании был использован критерий Уилкоксона. Статистически значимыми являлись следующие различия: в группе истерических расстройств, сопряженных с психотической симптоматикой, во втором тестировании увеличился показатель по шкале личностных убеждений навязчивого типа (при $p\leq 0,05$).

Анализ динамики процессов мышления испытуемых из группы сопряжения с психотической симптоматикой обнаружил, что по шкалам чувствительности к противоречиям (при $p\leq 0,05$) и гибкость в стиле саморегуляции (при $p\leq 0,05$) – значения во втором тестировании снизились, по сравнению с первым тестированием.

В группе сопряжения с аффективной симптоматикой во втором тестировании значительно ниже проявлялись личностные убеждения шизоидного типа (при $p\leq 0,05$), по сравнению с первым тестированием.

Анализ изменения средних значений в группе сопряжения с психотической симптоматикой выявлял следующие закономерности. Степень выраженности личностных убеждений истерического типа во втором тестировании снизилась на 16,8% по сравнению с первым замером, нарциссических почти на 12%, параноидного типа – на 7,5%. Одновременно возросла степень выраженности личностных убеждений зависимого типа – почти на 9%.

В группе истерических расстройств, сопряженных с аффективной симптоматикой, были найдены аналогичные тренды: динамика личностных убеждений истерического типа составила -12,7%, нарциссических – -13,2%. Однако, вместо изменений в шкале личностных убеждений параноидного типа мы наблюдаем наибольший сдвиг в убеждениях шизоидного типа – -17,2%.

Согласно полученным данным динамики по методике Стиль саморегуляции поведения - в группе сопряжения истерической с психотической симптоматикой помимо статистически значимого изменения – понижения регуляторной гибкости также наблюдалось понижение самостоятельности, и наоборот – увеличение способности к планированию деятельности. В группе истерических расстройств, сопряжённых с аффективной симптоматикой, наблюдались противоположные тенденции: повышение регуляторной гибкости и снижение способности к планированию деятельности. Что касается динамики по параметрам самостоятельности, то снижение оказалось даже более выраженным в группе сравнения, чем в экспериментальной группе. Также обращал на себя внимание разнонаправленный вектор динамики чувствительности к противоречиям в группах сопряжения с психотической и аффективной симптоматикой. Если во втором случае у пациентов наблюдалось повышение чувствительности к противоречиям после терапии, которую они получили в стационаре клиники, то в экспериментальной группе у пациентов наблюдалось снижение чувствительности к противоречиям к концу лечения. Особенности динамики в группе больных с кастовой истерической симптоматикой отличались от результатов, полученных в двух других группах отсутствием существенных изменений в структуре личностных убеждений. Полученные данные относительно психологической оценки особенностей личностной структуры больных, по всей видимости, отражали описанные клинические особенности этой группы пациентов в

виде стойкости, малой изменчивости, стабильности и резистентности характерной для них истерической симптоматики. Количественная оценка различий в стилях саморегуляции у больных с кастовой истерической симптоматикой в начале и конце лечения затруднена вследствие малого размера выборки. В общих чертах заметной динамики в стилях саморегуляции не выявлялось.

С целью получения дополнительных параметров клинической оценки и прогноза эндогенного психического заболевания, сопряженного с истерической симптоматикой, были привлечены данные иммунологического обследования этих пациентов. Иммунологическое обследование было выполнено в лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ НЦПЗ (руководитель – д.м.н., профессор Ключник Т.П.).

У пациентов с истерическими расстройствами, формирующимися сопряженно с психотической симптоматикой более выражена активация иммунной системы, затрагивающей как врожденный, так и приобретенный иммунитет, что характеризует тяжесть клинического состояния пациентов и является фактором, усугубляющим течение заболевания.

Пациенты с клинически наиболее тяжелым вариантом истерических расстройств, представленным диссоциативно-конверсионными симптомами, характеризовались более высоким уровнем активации иммунной системы. А наличие у больных конверсионной и соматоформной симптоматики сопровождалось лишь умеренной активацией иммунной системы в виде повышения активности только воспалительных маркеров.

У пациентов с истерическими расстройствами, развивающимися сопряженно с психотической симптоматикой, отмечалась более высокая частота встречаемости сывороток с наличием аутоиммунного компонента.

Уровень активации иммунной системы, определяемый по совокупности воспалительных маркеров и уровню антител, отражает тяжесть клинического состояния пациентов с истерической

симптоматикой, сопряженной как с аффективными расстройствами, так и с психотическими расстройствами.

Пациенты 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.

Определение иммунных маркеров у данного контингента больных в динамике заболевания может служить дополнительным прогностическим показателем в плане его дальнейшего развития, а также объективной оценки тяжести клинического состояния пациентов на разных этапах течения эндогенных психических заболеваний.

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, их комбинация или последовательная смена, необходимость назначения антипсихотика первого поколения при терапии психомоторного возбуждения.

Таким образом, результатом проведенного клинко-психопатологического, патопсихологического и иммунобиологического исследования больных с истерической симптоматикой сопряженной с эндогенными заболеваниями аффективного спектра и шизофренией, можно считать выявленные различия как в психопатологических проявлениях истерических расстройств, их структуре, закономерностях развития, а также связи с депрессивным аффектом, психотической симптоматикой и преморбидными особенностями,

иммунобиологическими особенностями, что позволило предположить вовлеченность в их развитие различных факторов [Коляго О. О., 2017]. Выявление психопатологических особенностей истерической симптоматики и различий механизмов их формирования позволили разработать их типологию, имеющую прогностическое значение, способствующую клиническому разграничению подобных состояний. Проведенное исследование позволило выявить взаимосвязь между динамикой развития истерических расстройств в структуре эндогенных психических заболеваний, в рамках которых формируются данные состояния, что определяет прогноз заболевания и влияет на выбор терапевтической тактики [Коляго О. О., 2017].

В целом, установленные данные свидетельствовали о том, что появление истерии в рамках течения эндогенного психического расстройства аффективного спектра и шизофрении, приводит к трудностям дифференциальной диагностики, оценки течения, исхода и прогноза основного эндогенного заболевания. В свою очередь, обнаруженные особенности в оформлении клинической картины эндогенного психического заболевания и выявленное патопластическое влияние истерических расстройств, установленные на основе катамнестического исследования, подтверждают правомерность позиции ряда исследователей о нозологической «специфичности» истерии.

Полученные данные убедительно показывают, что установленные закономерности течения эндогенного заболевания, сопряженного с истерической симптоматикой, оказались теоретически и практически важными для разработки критериев нозологической дифференциации и прогноза заболевания, а также адекватных методов терапии и реабилитационных мероприятий.

ВЫВОДЫ:

1. Клинико-психопатологическое и клинико-катамнестическое 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 обусловлено 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 с основным синдромом.
 - 3.1. Истерическая симптоматика, сопряженная с аффективными расстройствами, проявляется в присутствии гипотимии и обнаруживает большее патопластическое сродство с апато-динамическим 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-динамический 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 напрямую 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 конкордантное 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 значимых условиях ситуаций, неустойчивость критериев оценки результатов своих действий. Группа пациентов с истерическими расстройствами, сопряжёнными с аффективной симптоматикой, и группа пациентов с кастовой истерической симптоматикой демонстрирует развитые представления о внутренних и внешних факторах достижения целей, адекватную оценку собственной деятельности и ее результатов, более объективное восприятие и интерпретацию событий, при этом отличается меньшей автономностью.

5.2 Полученные клинко-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.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.

1. DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.
2. МКБ – Международная классификация болезней.
3. PANSS – Positive and negative syndrome scale.
4. HDRS – Hamilton rating scale for depression.
5. ЦНС – Центральная нервная система.
6. ПТСР – Посттравматическое стрессовое расстройство.
7. ПАВ – Психоактивные вещества.
8. ПБ – Психиатрическая больница.
9. ПНД – Психоневрологический диспансер.
10. АД – Артериальное давление.
11. ЧДД – Частота дыхательных движений.
12. ЧСС – Частота сердечных сокращений.
13. ИМТ – Индекс массы тела.
14. ДДУ – Детское дошкольное учреждение.
15. СМП – Скорая медицинская помощь.
16. ЛЭ – Лейкоцитарная эластаза.
17. α 1-ПИ – Острофазный белок α 1-протеиназного ингибитора.
18. ОБМ – Основной белок миелина.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бархатова, А. Н. Дефицитарные расстройства на начальных этапах юношеского эндогенного приступообразного психоза / А. Н. Бархатова // Диссертация доктора медицинских наук. – 2016
2. Бархатова, А. Н. Клинико-биологические и нейрокогнитивные маркеры ранней диагностики и прогноза течения психических расстройств / А. Н. Бархатова // Учебно-методическое пособие. – Москва. – 2020.
3. Беляков, М. И. Проблемы судебной психиатрии / М. И. Беляков // Медицина. – 1959. – Сб. В. – С. 1676
4. Бехтерева, Н. П. Мозговые коды психической деятельности / Н. П. Бехтерева, П. В. Бундзен, Ю. Л. Гоголицын // Ленинград: Наука, Ленингр. отд-ние. – 1977.
5. Бомов, П. О. Дефицитарные расстройства у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте (клинико-нейропсихологический и реабилитационный аспекты) / П. О. Бомов, Оренбург. – 2007. – С. 24.
6. Бурмистрова, Г. А. О влиянии психогении на течение шизофрении. Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. / Г. А. Бурмистрова, Куйбышев. – 1957. – С. 240-246.
7. Виноградова, М. Г. Методика противоречивые высказывания / М. Г. Виноградова. – 2004.
8. Воробьев, В. Ю. Шизофренический дефект на модели шизофрении с преобладанием негативных расстройств / В. Ю. Воробьев // Автореферат. дисс. док. мед. наук. -М. –1988.
9. Вроно, М. Ш. О сочетании шизофренических и судорожных проявлений у детей / М. Ш. Вроно, А. Л. Левина // Вопросы психического здоровья детей и подростков: Научно-практ. журн. психиатрии, психологии, психотерапии и смежн. дисц. – 2001. – №. 1. – С. 93-95.

10. Ганнушкин, П. Б. Избранные труды / П. Б. Ганнушкин // Феникс. – 1998.
11. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин // Москва, «Север». – 1933.
12. Гейер, Т. А. К постановке вопроса об «инволюционной» истерии. / Т. А. Гейер // Труды псих. клиники. – М. – 1927. – № 2. – С. 45-51.
13. Гильбурд, О. А. Шизофрения / О. А. Гильбурд // Видар. – 2007.
14. Голубев, С. А. Отдалённые этапы юношеской шизофрении: клиничко-психопатологические, патогенетические и прогностические аспекты / С. А. Голубев // Диссертация доктора медицинских наук. – 2022.
15. Гурович, И. Я. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, В. Н. Краснов [и др.]. – 1999.
16. Даниленко, О. А. Динамика истероформной симптоматики у больных шизофренией и шизотипическим расстройством / О. А. Даниленко // Диссертация кандидата медицинских наук. – 2011.
17. Данилов, Д. С. Синдром раздраженного кишечника в практике психиатра (проблема нозологической самостоятельности) и возможность его лечения антидепрессантами (на примере эффективности пароксетина) / Д. С. Данилов [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №. 2. – С. 46-51.
18. Дмитриева, Т. Б. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами / Т. Б. Дмитриева, К.Л. Иммерман, М.А. Качаева, Л.В. Ромасенко // – М.: Медицина. – 2003.
19. Дубницкая, Э. Б. Малопрогрессирующая шизофрения с преобладанием истерических расстройств (клиника, дифференциальная диагностика, терапия) / Э. Б. Дубницкая // Автореф. Дисс. к. мед. н. – 1979.

20. Дубницкая, Э. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния (Обзор литературы) / Э. Б. Дубницкая // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1986. – №2. – С 282-287.
21. Дюкова, Г. М. Конверсионные и соматоформные расстройства в общей медицинской практике / Г. М. Дюкова // Медицинский совет. – 2013. – Т. 2. – №2. – С. 50-59.
22. Дюкова, Г. М. Психогенные двигательные расстройства в историческом аспекте / Г. М. Дюкова, В. Л. Голубев // Бюллетень Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройства движений. – 2012. – Т. 1. – С. 21-7.
23. Евдокимова, О.В. Формирование общекультурных компетенций в военных образовательных организациях высшего образования министерства обороны российской федерации / О. В. Евдокимова, О. Н. Пономарева, И. И. Грачев // Монография. – Пенза. – 2015.
24. Елисеев, Ю. И. К клинической динамике реактивной депрессии (по данным катamnестических наблюдений) / Ю. И. Елисеев // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1966. – №. 12. – С. 1841.
25. Жилин, В. О. Истерошизофрения (дефицитарные расстройства, клиника, терапия) / В. О. Жилин // Диссертация кандидата медицинских наук. – 2021.
26. Жислин, С. Г. Очерки клинической психиатрии. Клинико-патогенетические зависимости. Завидовская Г.И. К вопросу о роли психогении в течении шизофренического процесса / С. Г. Жислин // Практика судебно-психиатрической экспертизы. – 1960. – №2. – С. 39-43.
27. Забылина, Н. А. "Истерия": дефиниции истерических расстройств / Н. А. Забылина // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2007.
28. Заваденко, Н. Н. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений

у онкологических больных) / Н. В. Симашкова, А. Б. Смулевич, С. В. Иванов, Л. К. Мясникова, С. Ю. Двойников, Н. А. Ильина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114. – №12. – С. 12-22.

29. Зачепиский, Р. А. О понятии невроз. Вопросы современной психоневрологии / Р. А. Зачепиский // Издательство института им. В. М. Бехтерева. – 1968. – С. 186-195.

30. Зозуля, С. А. Сопряженность процессов системного воспаления и системной эндотоксинемии при эндогенных психозах / И. Н. Отман, И. В. Олейчик, И. А. Аниховская, М. Ю. Яковлев, Т. П. Ключник // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2020. – Т. 3. – №108. – С. 17-27.

31. Иваницкий, А. М. Системный подход и психиатрия / А. М. Иваницкий, К. К. Монахов, А. Ф. Скугаревский // Минск: Высшая школа. – 1976. – С. 261-265.

32. Иванов, С. В. Соматоморфные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия / С. В. Иванов // Диссертация доктора медицинских наук, Москва. – 2002.

33. Иванов, Н. В. О принципах классификации психогенных реакций / Н. В. Иванов // Проблемы судебной психиатрии, М. – 1971. – №20. – С. 36-47.

34. Иконников, Д. В. Реакции "капитуляции" у больных шизофренией (клинические аспекты)/ Д. В. Иконников // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6. – №. 1. – С. 20-24.

35. Ильина, Н. А. Шизофренические реакции / Н. А. Ильина // Диссертация кандидата медицинских наук. – 2004.

36. Иммерман, К.Л. Руководство по судебной психиатрии / К.Л. Иммерман, Т. Б. Дмитриева [и др.]. – 2004.

37. Калачев, Б. П. Особенности клиники повторных реактивных состояний / Б. П. Калачев // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1968. – № 7. – С. 1047-1052.
38. Кербиков, О. В. Избранные труды / О. В. Кербиков // Москва. – 1971.
39. Козюля, В. Г. Типология осуждённых с психическими аномалиями (психиатрические и криминологические аспекты) / В. Г. Козюля, Антонян Ю. М., В. А. Верещагин, // Российский психиатрический журнал. – 1998. – Т. 4. – №1. – С. 11-16
40. Коляго, О. О. Вопросы психопатологии, клиники и терапии сверхценных образований в структуре эндогенной депрессии / О. О. Коляго // Диссертация кандидата медицинских наук. – 2017.
41. Ключник, Т. П. Особенности иммунологических реакций у пациентов пожилого и молодого возраста с обострением шизофрении / Т. П. Ключник, А. Н. Бархатова, В. С. Шешенин, Л. В. Андросова, С. А. Зозуля, И. Н. Отман, В. В. Почуева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – Т. 121. – №2. – С. 53-59.
42. Ключник, Т. П. Статус лейкоцитарно-ингибиторной системы воспаления при эндогенных депрессиях у пациентов разных возрастных групп. / Т. П. Ключник, С. А. Зозуля, И. В. Олейчик, Н. С. Левченко, Н. В. Субботская, А. Н. Бархатова, Т. П. Сафарова, М. А. Омельченко, Л. В. Андросова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2021. – Т. 121. – №5, №2. – С. 67-74.
43. Ключник, Т. П. Лабораторная диагностика в мониторинге пациентов с эндогенными психозами / Т. П. Ключник, С. А. Зозуля, Л. В. Андросова, З. В. Сарманова, И. Н. Отман, Г. П. Пантелеева, И. В. Олейчик, Г. И. Копейко, О. А. Борисова, Л. И. Абрамова, П. В. Бологов, С. А. Столяров // Медицинская технология. 2-е изд., испр. и доп. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». – 2016.

44. Лакосина, Н. Д. Клинические варианты невротического развития / Н. Д. Лакосина // М.: Медицина. – 1970.
45. Лапланш, Ж. Словарь по психоанализу / Ж. Лапланш, Ж. Б. Понталис // Пер. с фр. и предисл. НС Автономовой. 2-е изд-е перераб. и доп. – 2010.
46. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко // М., Речь. – 2010.
47. Менделевич, В. Д. Невротический конфликт и пато(сано)генетическая альтернатива / В. Д. Менделевич // Социальная и судебная психиатрия: история и современность, М. – 1996. – С. 129-132.
48. Морозов, Г. В. Ступорозные состояния (психогенные и кататонические) / Г. В. Морозов // Москва. – 1968.
49. Мягер, В. К. Клинико-психологические характеристики патоморфоза истерических расстройств: в период социально-экономических перемен в России / В. К. Мягер, И. Ю. Обидин // Санкт-Петербург: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – 2007.
50. Мягер, В. К. Клинико-электроэнцефалографические данные в анамнезе причин рецидивов неврозов. Неврозы и пограничные состояния. / В. К. Мягер, В. В. Бобкова. – 1972. – С. 31-35.
51. Наджаров, Р. А. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении / Р. А. Наджаров, В. М. Морозов // Журнал невропат. и психиатр. – 1956. – №2. – С. 937-941.
52. Невский, М. П. Сравнительный анализ фазовых изменений электрической активности мозга в гипнозе и естественном сне / М. П. Невский // Вопросы клинической невропатологии и психиатрии. – 1958. – С. 243-250.
53. Немлихер, Л. Я. Неврастения и истерия / Л. Я. Немлихер // Харьков: Научная мысль. – 1928.

54. Нечаева, А. С. Качество жизни пациентов с шизотипическим расстройством с разной фасадной психопатологической симптоматикой / А. С. Нечаева, А. В. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – №. 5. – С. 41-44.
55. Осадчук, О. Л. Тренинг саморегуляции: теория, диагностика и практика / О. Л. Осадчук // Методическое пособие. – Омск. – 2008.
56. Павлов, И. П. Проба физиологического понимания симптомологии истерии / И. П. Павлов // АН СССР. – 1932.
57. Перчаткина, О. Э. Истерические состояния / О. Э. Перчаткина // Диссертация кандидата медицинских наук. – 2004.
58. Перчаткина, О. Э. Психосоматические расстройства и клиника истерических состояний / О. Э. Перчаткина // Материалы науч.-практ. конф. с междунар. Участием. Под ред. В.Я. Семке Томск. – 2005. – С. 137-141.
59. Плотников, С. М. Истерические маски циклотимии / С. М. Плотников // Ижевск. – 1992. – С. 102.
60. 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.
61. 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.
62. Прохорова, Н.И. Психогенные двигательные расстройства в историческом аспекте / Прохорова Н.И. [и др.] // Бюллетень Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройства движений. – 2012. – Т. 1. – С. 21-7.
63. Пшеничных, И. В. Коморбидные аффективные и диссоциативные расстройства / И. В. Пшеничных // Диссертация кандидата медицинских наук. – 2006.

64. Ромасенко, Л. В. Истерические и коморбидные психические расстройства в амбулаторной практике / Л. В. Ромасенко, В. В. Вандыш-Бубко, С. С. Никитин // Журнал Нервно-мышечные болезни. – 2019. – Т. 9. – №2. – С. 37-42.
65. Рыжиков, Г. В. Реактивные включения в клиническую картину ремиссий при шизофрении / Г. В. Рыжиков, Н. М. Жариков // Проблемы судебной психиатрии, М. – 1961. – №9. – С. 217-222.
66. Семке, В. Я. Истерические состояния / В. Я. Семке // Москва, Медицина. – 1988.
67. Сергеев, И. И. Феноменология бредовой деперсонализации у больных шизофренией / И. И. Сергеев, А. Я. Басова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2008. – №. 4. – С. 22-27.
68. Серебренникова, Л. В. Особенности коллективной и индивидуально-стрессорной психотерапии истерических неврозов, истерии, истероидной психопатии / Л. В. Серебренникова // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2010. – С. 115-118.
69. Симашкова, Н. В. Мультидисциплинарная клинко-биологическая характеристика гиперкинетических расстройств при детском аутизме / Н. В. Симашкова [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – №.2. – С. 78-83.
70. Симеон, Т. П. Ранняя детская шизофрения: (Статика и динамика) / Т. П. Симеон, В. М. Башина // Медицина. – 1980.
71. Смулевич, А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств / А. Б. Смулевич. – 2009.
72. Смулевич, А. Б. Соматопсихоз (коэнестезиопатические расстройства психотического регистра) / А. Б. Смулевич, Б. А. Волель // Психиатрия. – 2007. – №. 3. – С. 7-14.

73. Смулевич, А. Б. Расстройства личности: актуальные аспекты систематики, динамики, терапии / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая, Н. А. Ильина // Психиатрия. – 2003. – №. 5. – С. 7-16.
74. Смулевич, А. Б. Посттравматическое стрессовое расстройство при эндогенных заболеваниях / А. Б. Смулевич, Е. В. Колюцкая, Н. А. Алмаев, Н. А. Ильина, Л. Ш. Тухватулина // Журнал Психиатрия. – 2003. – №3.
75. Смулевич, А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2. – №. 2. – С. 36-40.
76. Смулевич, А. Б. Расстройства личности (психопатии). Руководство по психиатрии. / А. Б. Смулевич // Под ред. акад. РАМН А.С.Тиганова. М.: Медицина. – 1999. – Т. 1. –№2. – С. 558–602.
77. Смулевич, А. Б. Депрессии у соматических больных / А. Б. Смулевич. – 1997. – С. 108.
78. Смулевич, А. Б. Клинические проявления шизофрении. Формы течения / А. Б. Смулевич, Р. А. Наджаров // Руководство по психиатрии (под ред. А. В Снежневского). – 1983. – Т. 1. – С. 304-355.
79. Смулевич, А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А. Б. Смулевич // Медицина. – 1987. – С. 240.
80. Строев, Ю. И. Водная истерия. - Здоровье - основа человеческого потенциала. Проблемы и пути их решения. / Ю. И. Строев, Л. П. Чурилов. – 2013. – Т. 8. – №2. – С. 950-958.
81. Суханов, С. А. Истерический характер и истерические проявления / С. А. Суханов. – 1911.
82. Тиганов, А. С. Общая психопатология / А. С. Тиганов. – 2008.
83. Тихонов, Д. В. Особенности становления ремиссии после первого психотического приступа, перенесенного в юношеском возрасте / Д. В. Тихонов // Диссертация кандидата медицинских наук. – 2020.

84. Ушаков, Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г. К. Ушаков // М.: Медицина. 1978.
85. Фелинская, Н. И. О патоморфозе классических форм психопатий / Н. И. – 2002.
86. Фелинская, Н.И. // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1979. – №11. – С. 1544–1549.
87. Фильц, А. О. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели) / А. О. Фильц // Монография «Ипохондрия и соматоморфные расстройства» под ред. А.Б. Смулевича. – 1991.
88. Царук, Т. П. Психосоматогенные декомпенсации ремиссий при приступообразной шизофрении / Т. П. Царук // Автореф. дис. канд. мед. наук. М. – 1992.
89. Черникова, Т. С. Паранойяльная шизофрения / Т. С. Черникова // Автореферат дисс. к. мед. н., Москва. – 1987.
90. Чиковани, Г. О. Пароксизмальноподобные расстройства при эндогенных психических заболеваниях / Г. О. Чиковани // Диссертация кандидата медицинских наук. – 1997.
91. Шендерова, В. Л. Клинико-генеалогическое исследование юношеской непрерывной шизофрении / В. Л. Шендерова. – 1974.
92. Шмилович, А. А. Развитие психозов шизофренического спектра в условиях психотравмирующего воздействия / А. А. Шмилович // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2009. – Т. 109. – №. 2. – С. 14-18.
93. Штернберг, Э. Я. Некоторые общие клинические особенности депрессией позднего возраста / Э. Я. Штернберг, М. Л. Рохлина // Журн. невропатол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1970. – №. 9. – С. 1356-1364.

94. Abély, P. The concept of stupor and inertia in psychiatric practice / P. Abély, J. Richardeau // *Annales Medico-psychologiques*. – 1966. – T. 124. – №2. – P. 247-254.
95. Abse, D. W. Psychiatric aspects of human male infertility / D. W. Abse // *Fertility and Sterility*. – 1966. – Vol. 17. – №. 1. – P. 133-139.
96. Allen, J. G. *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders* / J. G. Allen // Wiley; 1 edition. – 2001.
97. Allilaire J. F. Qualitative analysis of verbal fluency in depression / J. F. Allilaire, P. Fossati [et al.] // *Psychiatry research*. – 2003. – Vol. 117. – №. 1. – P. 17-24.
98. American Psychiatric Association / *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed.; American Psychiatric Association Press: Washington, DC, USA. – 1994
99. Andreasen, N. C. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences / N. C. Andreasen // *Schizophrenia bulletin*. – 2007. – T. 33. – №1. – P. 108-112.
100. Babinski, J. J. *History of medicine* / J. J. Babinski, R. H. Major // v. 2, Springfield. – 1954. – P. 965.
101. Balaratnasingam, S. Mass hysteria revisited Editorial Review / S. Balaratnasingam, A. Janca // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2006. – №19. – P. 171-174.
102. Balestrieri, A. *Hysterische Amnesien* / A. Balestrieri [et al.] // *Psychopathology*. – 1974. – Vol. 7. – №. 1. – P. 16-25.
103. Baruk, H. *La désorganisation de la personnalité* / H. Baruk // FeniXX. – 1952.
104. Bilikiewicz, A. Quantification of psychopathological symptoms / J. Landowski // *Psychiatria Polska*. – 1973.
105. Bleuler, E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias* / E. Bleuler. – 1950.

106. Breslau, N. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in urban population of young adults / N. Breslau // N. Breslau et al. U. Adv. Gen. Psychiatry. – 1991. – Vol. 14. – P. 216-222.
107. Briquet, P. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, J-B Bailliére & Fils / P. Briquet // Paris, France. – 1859.
108. Brown, R. J. Dissociation and functional neurologic disorders. Handbook of Clinical Neurology. / R. J. Brown // (3rd series) Functional Neurologic Disorders. – 2016. – Vol.139. – №8.
109. Bumke, O. Die Auflösung der dementia praecox / O. Bumke // Klinische Wochenschrift. – 1924. – Vol. 3. – №. 11. – P. 437-440.
110. Buscaino, V. M. Clinical psychology and psychiatry / V. M. Buscaino // Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria. – 1953. – Vol. 14. – №. 1-2. – P. 183-184.
111. Cardeña, E. Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989 / E. Cardeña, D. Spiegel // Am J Psychiatry. – 1993. – Vol. 15. – №3. – P. 474-478.
112. Caroli, F. Emergency psychiatry. Suicidal tendency obsessions / F. Caroli // Rev Prat. – 2003. – Vol. 53. – №11. – P. 1177-1179.
113. Charcot, J. M. Lectures on the diseases of the nervous system / J. M. Charcot // London: The New Sydenham Society. – 1889.
114. Charcot, J. M. Les démoniaques dans l'art / J. M. Charcot [et al.] // Editions Macula. – 1887. – Vol. 1.
115. Chodoff, P., Lyons, H. Hysteria, the hysterical personality and “hysterical” conversion / P. Chodoff, H. Lyons // Am. J. Psychiatry. – 1958. – №114. – P. 734–740.
116. Cloninger, C. R. Comorbidity of Mood and Anxiety Disorder / C. R. Cloninger // 1 Eds J.D. Mazer, Washington. – 1990. – P. 100.
117. Devanand, D. P. Comorbid psychiatric disorders in late life depression / D. P. Devanand // Biological Psychiatry. – 2002. – Vol. 52. – №. 3. – P. 236-242.

118. Diagnostic Criteria From DSM-IV, by the American Psychiatric Association \ Washington, DC, American Psychiatric Press Inc. – 1994
119. Dhadphale, M. Hysterical stupor / M. Dhadphale // *Bjpsych international*. – 2016. – №13. – P. 98-100.
120. Ehlers, A. A cognitive model of posttraumatic stress disorder / A. Ehlers, D. M. Clark // *Behav Res Ther.* – 2000. – Vol. 38. – №4. – P. 319-345.
121. Engel, G. L Conversion symptoms, in Signs and Symptoms. Applied Pathologic Physiology wtd Clinical Interpretation / G. L Engel // Edited by Machryde C.M. 6 cd Philadelphia, JB Lippincott. – 1983. – P. 623-646.
122. Ey, H. The reality of mental disease and the disease of reality / H. Ey // *Comprehensive Psychiatry*. – 1960. – Vol. 1. – №. 1. – P. 2-7.
123. Fink, P. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis / P. Fink [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 161. – №. 9. – P. 1680-1691.
124. Frank, W. Putnam. Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective / W. Frank // Guilford Press. – 1997.
125. Frankel, F. H. Hypnotizability and dissociation / F. H. Frankel // *Am J Psychiatry*. – 1990. – Vol. 147. – №7. – P. 823-9.
126. Freud, S. Fragments of an analysis of a case of hysteria / S. Freud // London, UK: Standard Edition. – 1905.
127. Fydrich, T. Pravalenz und Komorbiditat von Personlichketriswrungeii. Diagnostik und psychotherap. / T. Fydrich [et al.] // *Wemheim*. – 1996. – P. 56-90.
128. Galli, S. Conversion, Factitious Disorder and Malingering: A Distinct Pattern or a Continuum? - Bogousslavsky J (ed): *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus*. / S. Galli, L. Tatu, J. Bogousslavsky, S. Aybek // Part II - From Psychiatry to Neurology. *Front Neurol Neurosci*. Basel, Karger. – 2018. – №42. – P. 72-80.
129. George, C. Adult attachment interview / C. George [et al.]. – 1996.

130. Görgen, T. Neue Befunde aus Gießener Delinquenzbefragungen / T. A. Görgen, Kreuzer, L. Klein // Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform. – 1995. – Vol. 78. – №. 4-5. – P. 264-276.
131. Görgen, T. Neue Befunde aus Gießener Delinquenzbefragungen / T. Görgen, A. Kreuzer, L. Klein // Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform. – 1995. – Vol. 78. – №. 4-5. – P. 264-276.
132. Gaupp, R. Die Deperzionszustände des Hochren Lebensahers / R. Gaupp // Munch Med, Wschr. – 1905. – Vol. 12. – P. 495-518.
133. Guze, S. B. Hysteria and antisocial behavior: Further evidence of an association / S. B. Guze, JR R. A. Woodruff, P. J. Clayton // American Journal of Psychiatry. – 1971. – Vol. 127. – №. 7. – P. 957-960.
134. Hecaen, H. comparison of constructive deficits following right and left hemispheric lesions / H. Hecaen, G. A. Assal // Neuropsychologia. – 1970. – Vol. 8. – №. 3. – P. 289-303.
135. Heimaim, H. Psychobiological aspects of depression / H. Heimaim // Masked Depression. Bern: Hans Huber. – 1973. – P. 32-52.
136. Hoch, P. H. Pseudoneurotic forms of schizophrenia / P. H. Hoch, P. Polatin // Psychiatr Q. – 1949. – №. 23. – P. 248-276.
137. Holmes, E. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications / E. Holmes // Clinical Psychology Review. – 2005. – Vol. 25. – P. 1–23.
138. Isaac, M. K., Chaturvedi S. K. Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review // International Review of Psychiatry. – 2006. – Vol. 18. – №. 1. – P. 25-33.
139. Jakubik, A. Histeria / A. Jakubik // Warszawa. – 1979.
140. Janet, P. L 'État mental des hystériques (second edition) / P. Janet // Félix Alcan, Paris. Reprint: Lafitte Reprints, Marseille. – 1983.

141. Janet, P. *The Major Symptoms of Hysteria: 15 Lectures Given in the Medical School of Harvard University* // P. Janet // Macmillan: New York, NY, USA. – 1907.
142. Jaspers, K. *Allgemeine Psychopathologie* / K. Jaspers // S. Aufl.-Berlin-Hcidelberg:Springer. – 1946. –Vol. 748.
143. Jones, P. B., *Schizophrenia* / P. B. Jones, P. F. Buckley, D. Kessler // Churchili Livingstone, Elsevier, Lundbeck Institute. – 2006. – P. 167.
144. Karpman, B. *Psychogenic (hysterical) dysphagia: Report of a case* / B. Karpman // *American Journal of Orthopsychiatry*. – 1953. – Vol. 23. – №3. – P. 472.
145. Kępiński, A. *Psychopatologia nerwic* / A. Kępiński, J. W. Aleksandrowicz // Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. – 1972.
146. Kiersch, T. A. *Amnesia: A clinical study of ninety-eight cases* / T. A. Kiersch // *American Journal of Psychiatry*. – 1962. – Vol. 119. – №1. – P. 57-60.
147. Kihlstrom, J. *One hundred years of hysteria. In Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives* / J. Kihlstrom // Lynn, S., Rhue, J., Eds.; Guilford: New York, NY, USA. – 1999. – P. 365-394.
148. Klein, M. *Envy and gratitude. A study of unconscious sources* / Klein M. // Basic Books, NY. – 1957.
149. Koehler, K. *Borderline syndrome, neuroses and personality disorders. A comparative study based on research-oriented criteria for borderline schizophrenia.* / K. Koehler // *Nervenarzt*. – 1982. – Vol. 53. – №9. – P. 519-523.
150. Kozłowska, K. *Healing the disembodied mind: contemporary models of conversion disorder* / K. Kozłowska // *Harvard review of psychiatry*. – 2005. – Vol. 13. – №1. – P. 1-13.
151. Kraepelin, E. *Clinical psychiatry: a text-book for students and physicians* / E. Kraepelin // Macmillan. – 1915.
152. Kraft-Ebing, R. *Lehrbuch der Psychiatric* / R. Kraft-Ebing // Stuttgart. – 1903.

153. Krem, M. M. Motor conversion disorders reviewed from a neuropsychiatric perspective / M. M. Krem // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2004. – Vol. 65. – №6. – P. 783-790.
154. Kretschmer, P. D. E. der Rasseforscher z. B. noch sehr an einer überall durchgearbeiteten und von nationalen und rassehygienischen Werturteilen freien Psycho / P. Kretschmer // *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. – 1923. – Vol. 82. – P. 139.
155. Kretschmer, E. *Hysteria* / E. Kretschmer, O. Boltz // New York: Nervous and Mental Disease Pub. Co. – 1926.
156. Kretschmer, E., Hirsch, S. R., Shepherd, M. Themes and variations in European psychiatry. – 1974.
157. Levy, R. The somatosensory evoked response in patients with hysterical anaesthesia / R. Levy, J. Mushin // *Journal of psychosomatic research*. – 1973. – Vol. 17. – №2. – P. 81-84.
158. Lisfranc, S. F. À propos de quelques observations d'hystérie de conversion chez l'homme / S. F. Lisfranc. – 1966.
159. Ljungberg, L. *Hysteria; a clinical, prognostic and genetic study* / L. Ljungberg // *Acta psychiatrica et neurologica Scandinavica. Supplementum*. – 1957. – Vol. 112. – P. 1-162.
160. Lockhart, P. *Family care* / P. Lockhart. – 1961.
161. Lundin, R. W. *Personality: A behavioral analysis* / R. W. Lundin. – 1974.
162. Magee, K. R. *Hysterical hemiplegia and hemianesthesia* / K. R. Magee // *Postgraduate Medicine*. – 1962. – Vol. 31. – №4. – P. 339-345.
163. Mastrovito, R. C. *Psychogenic pain* / R. C. Mastrovito // *The American Journal of Nursing*. – 1974. – Vol. 74. – №3. – P. 514-520.
164. Mayer-Gross, W. *Die Klinik. Handbuck der Geistes Krankheiten (Herausgegeben Von Bumke)* / W. Mayer-Gross. – 1932. – Vol. 9. – 112. – P. 293.

165. McCranie, E. J. Conversion pain / E. J. McCranie // *Psychiatric Quarterly*. – 1973. – Vol. 47. – №2. – P. 246-257.
166. McGorry, P. D. Spurious precision: procedural validity of diagnostic assessment in psychotic disorders / P. D. McGorry [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 1995. – Vol. 152. – №2. – P. 220-223.
167. Mckegney, F. P. An unusual fatal outcome of electro-convulsive therapy / F. P. Mckegney, A. F. Panzetta // *American Journal of Psychiatry*. – 1963. – Vol. 120. – №4. – P. 398-400.;
168. Millar, W. Hysteria; a re-evaluation / W. Millar // *J Ment Sci*. – 1958. – Vol. 104. – №436. – P. 813-821.
169. Mink, J. W. Conversion disorder and mass psychogenic illness in child neurology / J. W. Mink // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2013. – Vol. 1304. – P. 40-4.
170. Moody, F. *Introductory Material to The Good Book: Thirty Years of Comments, Conjectures and Conclusions* / F. Moody. – 2008.
171. Morawitz, L. *Klinische Mischformen von Katatonie und Epilepsie* / L. Morawitz. – 1900.
172. Pehlivançurk, B. Conversion disorder in children and adolescents I B Pehlivançurk / B. Pehlivançurk [et al.] // *Turk J. Pediatr*. – 2000. – Vol. 42. – №2. – P. 132-137.
173. Petrilowitsch, N. *Psychopathia* / N. Petrilowitsch, R. Baer // *Munchen*. – 1967. – P. 557.
174. Pribtw, E-F. *Trauma and memory* / E-F. Pribtw, B. A. Van der Kolk // *The Guilford Press*. – 1996.
175. Pruett, J. E. *Symptoms and treatment of globus hystericus* / J. E. Pruett, H. J. Zoller // *The Journal of the Louisiana State Medical Society: official organ of the Louisiana State Medical Society*. – 1962. – Vol. 114. – P. 124-126.

176. Prusiński, A. The correlation between disorders of consciousness and the neurological state / A. Prusiński, E. Herman, Z. Zawadzki // *Neuropatologia Polska*. – 1974. – Vol. 12. – №2. – P. 97-100.
177. Purtell, J. J. Observations on clinical aspects of hysteria: A quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects / J. J. Purtell, E. Robins, M. E. Cohen // *Journal of the American Medical Association*. – 1951. – Vol. 146. – №10. – P. 902-909.
178. Putnam, P. V. Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective / P. V. Putnam, W. Frank // Guilford Press. – 1997.
179. Rief, W. Multiple Somatoforme Symptome / W. Rief // Verlag Hans Huber. – 1995. – P. 205.
180. Reiss, E. Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein / E. Reiss // *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. – 1910. – Vol. 2. – №1. – P. 347-628.
181. Sadavoy, J. Character pathology in the elderly / J. Sadavoy // *Journal of Geriatric Psychiatry*. – 1987.
182. Schimmelpenning, G. W. Paranoid psychoses of advanced age. Clinical-catamnestic studies / G. W. Schimmelpenning // *Bibliotheca psychiatrica et neurologica*. – 1965. – Vol. 128. – P. 1-168.
183. Sedman, G. Theories of depersonalization: a re-appraisal // *The British Journal of Psychiatry*. – 1970. – T. 117. – №536. – C. 1-14.
184. Shore, J. H., Tatum, EI. Community patterns of posttraumatic stress disorders / J. H. Shore, W. M. Vollmer // *J Ment Dis*. – 1989. – №177. – P. 681-685.
185. Siegal, L. J. Amnesia — Its integrative analysis in psychopathological orientation / L. J. Siegal // *AMA Archives of Neurology & Psychiatry*. – 1951. – Vol. 66. – №6. – P. 700-707.

186. Smith, M. Hysteria (Briquet syndrome) in psychiatric hospital, the significance of secondary depression / M. Smith, R. S. Bibb // *Am. J. of Psychiatry*. – 1972. – Vol. 129. – P. 224-228.
187. Somer, E. Israel I. of Psychiatry / E. Somer, E. Klein // *Related Sciences*. – 1992. – Vol. 29. – №2. – P. 120-127.
188. Standage, A. E. Some Investigations Into the Alkaline Hydrolysis of N-acy Anilides and Amides / A. E. Standage // *University of Sheffield, Chemistry*. – 1957.
189. Uguz, S. Sociodemographic clinical characteristics of patients with conversion disorder / S. Uguz, F. Toros / *S. Uguz // Turk Psikiyat Derg.* – 2003. – Vol. 14. – №1. – P. 51-58.
190. Urstein, M. Katatonie unter dem Bilde der Hysterie und Psychopathie / M. Urstein, S. Karger. – 1922.
191. Uszkiewiczowa, L. Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej / L. Uszkiewiczowa // *Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich*. – 1966.
192. Van der Hart, O. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis / O. Van der Hart, E. Witztum, B. Friedman // *Journal of Traumatic Stress*. – 1993. – Vol. 6. – №1. – P. 43-64.
193. Van der Kolk, B. A. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study / B. A. Van der Kolk, R. Fisler // *Journal of traumatic stress*. – 1995. – Vol. 8. – №4. – P. 505-525.
194. Van der Kolk, B.A. Dissociation, somatization, and affect regulation: The complexity of adaptation to trauma / B.A. Van der Kolk, D. Pelcovitz, S. Roth, F. S. Mandel, A. McFarlane, J. L. Herman // *Am. J. Psychiatry*. – 1996. – Vol. 153. – P. 83–93.
195. Verbeck, K. Psychometrics of Three Dissociation Scales: Reliability and Validity Data on the DESR, DES-II, and DESC / K. Verbeck, M. A. Arzoumanian [et al.] // *Journal of Trauma & Dissociation*. – 2022. – P. 1-15.

196. Walker, M. B. *The psychology of gambling* / M. B. Walker // Pergamon Press. – 1992.
197. Weckowicz, T. E. Field dependence, cognitive functions, personality traits, and social values in heavy cannabis users and nonuser controls / T. E. Weckowicz, G. Collier, L. Spreng // *Psychological Reports*. – 1977. – Vol. 41. – №1. – P. 291-302.
198. White, R. Postpsychosis posttraumatic stress disorder / R. White, A. Gumley // *Journal of nervous and mental disease*. – 2009. – Vol. 197. – №11. – P. 841-9.
199. Woodruff Jr, R. A. The natural history of affective disorders—I. Symptoms of 72 patients at the time of index hospital admission / Jr R. A. Woodruff, G. E. Murphy, M. Herjanic // *Journal of Psychiatric Research*. – 1967. – Vol. 5. – №3. – P. 255-263.
200. Woodruff R.A., Hysteria and evolution of objective diagnostic criteria by the study women with chronical medical illness / R.A. Woodruff // *British J of Psychiatry*. – 1968. – Vol. 114. – P. 1115-1119.
201. World Health Organization / *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, 10th ed.; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 1992.
202. Ziegler, F. J. Contemporary conversion reactions: a clinical study / J. B. Imboden, E. Meyer // *American Journal of Psychiatry*. – 1960. – Vol. 116. – №10. – P. 901-910.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА.

Диаграммы.

Диаграмма 1 - Соотношения клинической и катамнестической когорт в исследуемой выборке.....	42
Диаграмма 2 - Уровень полученного образования.....	49
Диаграмма 3 - Статус социально-трудовой занятости.....	50
Диаграмма 4 - Случаи оформленной группы инвалидности по психическому заболеванию.....	52
Диаграмма 5 - Семейный статус.....	53
Диаграмма 6 - Психопатологическая структура истерической симптоматики.....	55
Диаграмма 7 - Сопряженность количества перенесенных приступов или фаз в структуре эндогенного заболевания.....	56
Диаграмма 8 - Этап возникновения психотравмирующего события.....	57
Диаграмма 9 - Этап актуализации истерической симптоматики....	58
Диаграмма 10 - Персистирование истерической симптоматики....	59
Диаграмма 11 – Представленность личностных кластеров (в соответствии с DSM-IV (V)).....	60
Диаграмма 12 – Конверсионные расстройства.....	65
Диаграмма 13 - Соматоформные расстройства.....	70
Диаграмма 14 – Диссоциативные расстройства.....	73
Диаграмма 15 – Распределение диагнозов в группе эндогенных аффективных заболеваний.....	123
Диаграмма 16 - Истерическая симптоматика, формирующаяся в группе аффективных заболеваний.....	124
Диаграмма 17 - Диагнозы в группе эндогенных заболеваний шизофренического спектра.....	156
Диаграмма 18 – Доля соучастия истерических расстройств в группе эндогенных заболеваний шизофренического спектра.....	158

Таблицы.

Таблица 1 - Критерий знаковых рангов Уилкоксона.....	45
Таблица 2 - Статистика критерия знаковых рангов Уилкоксона....	45
Таблица 3 - Статистика парных выборок уровня PANSS при выписке и при поступлении.....	46
Таблица 4 - Критерии парной выборки уровня PANSS при выписке и при поступлении.....	46
Таблица 5 - Уровень полученного образования.....	48
Таблица 6 - Статус социально-трудовой занятости.....	50
Таблица 7 - Случаи оформленной группы инвалидности по психическому заболеванию.....	51
Таблица 8 - Семейный статус.....	53
Таблица 9 - Психопатологическая структура истерической симптоматики.....	54
Таблица 10 - Количество перенесенных приступов или фаз в структуре эндогенного заболевания.....	56
Таблица 11 - Психопатологические разновидности истерической симптоматики.....	62
Таблица 12 - Формирование истерической симптоматики в рамках этапа эндогенного психического заболевания.....	63
Таблица 13 - Распределение психотравмирующих событий.....	64
Таблица 14 – Комплексная оценка исходов и сравнительный уровень трудовой адаптации и семейного статуса.....	195
Таблица 15 - Особенности стиля саморегуляции поведения.....	212
Таблица 16 - Чувствительность к противоречиям.....	216
Таблица 17 - Рассказ по карикатурам Бидструпа.....	217
Таблица 18 - Значимые корреляционные связи между шкалами личностных убеждений и шкалами стиль саморегуляции.....	222

Таблица 19 - Степень выраженности личностных убеждений в группе сопряжения с психотической симптоматикой.....	227
Таблица 20 - Особенности стиля саморегуляции в группе сопряжения с психотической симптоматикой.....	229
Таблица 21 - Степень выраженности личностных убеждений в группе сопряжения с аффективной симптоматикой.....	230
Таблица 22 - Особенности стиля саморегуляции в группе сопряжения с аффективной симптоматикой.....	232
Таблица 23 - Особенности чувствительности к противоречиям в группах сопряжения с психотической и аффективной симптоматикой.....	233
Таблица 24 - Степень выраженности личностных убеждений в группе с кастовой истерической симптоматикой.....	234
Таблица 25 - Особенности стиля саморегуляции в группе с кастовой истерической симптоматикой.....	235
Таблица 26 - Психометрическая оценка пациентов при поступлении в стационар.....	245
Таблица 27 - Иммунологические показатели крови в сравнении с нормативными значениями (Me (Q1-Q3)).....	246
Таблица 28 - Иммунологические показатели крови в общей группе пациентов с разными феноменологическими разновидностями истерических расстройств (Me (Q1-Q3)).....	248
Таблица 29 - Клинические показатели у пациентов с наличием и отсутствием аутоиммунного компонента при сопряжении истерических расстройств с аффективной и психотической симптоматикой.....	250
Таблица 30 – Уровень комплайентности по шкале Мориски-Грин.....	254

Рисунки.

- Рисунок 1 - Динамика истерической симптоматики, сопряженной с аффективным расстройством.....79
- Рисунок 2 - Динамика формирования истерической симптоматики, формирующейся в рамках психотического состояния.....95
- Рисунок 3 - Динамика формирования «кастовой» истерической симптоматики.....111
- Рисунок 4 - Корреляционная плеяда личностных убеждений истерического типа со шкалами методики А.Бека в экспериментальной группе.....221
- Рисунок 5 - Корреляционные связи шкал ССПМ и личностных убеждений.....223
- Рисунок 6 - Степень выраженности личностных убеждений в группе сопряжения с психотической симптоматикой.....228
- Рисунок 7 - Степень выраженности личностных убеждений в группе сопряжения с аффективной симптоматикой.....231
- Рисунок 8 - Сравнительные диаграммы средних значений в группе сопряжения с психотической симптоматикой.....236

ПРИЛОЖЕНИЯ.

Приложение 1. Половая принадлежность больных в клинической и клинико-катамнестической группах.

		Когорта		Итого
		Клиническая когорта	катамнестическая когорта	
женский	Частота	51	31	82
	%	72,9%	62,0%	68,3%
мужской	Частота	19	19	38
	%	27,1%	38,0%	31,7%
Итого	Частота	70	50	120
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Критерии хи-квадрат

	Значение	т.св.	Асимпт. значимость (2- стор.)	Точная значимость (2- стор.)	Точная значимость (1-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	1,589 ^a	1	0,207		
Поправка на непрерывность ^b	1,127	1	0,288		
Отношение правдоподобия	1,579	1	0,209		
Точный критерий Фишера				0,236	0,144
Линейно-линейная связь	1,576	1	0,209		
Кол-во валидных наблюдений	120				

a. В 0 (,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 15,83.

b. Вычисляется только для таблицы 2x2.

Приложение 2. Наследственная отягощенность больных в клинической и клинико-катамнестической группах.

Таблица сопряженности

			когорта	
			Клиническая когорта	катамнестическая когорта
Отягощенная наследственность	шизофрения	Частота	8	10
		% в когорта	11,4%	20,0%
	аффективные	Частота	13	8
		% в когорта	18,6%	16,0%
	патохарактерологические	Частота	12	9
		% в когорта	17,1%	18,0%
	не отягощена	Частота	37	23
		% в когорта	52,9%	46,0%
	Итого	Частота	70	50
		% в когорта	100,0%	100,0%

Критерии хи-квадрат

	Значение	т. св.	Асимпт. Значимость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	1,825 ^a		0,609
Отношение правдоподобия	1,803		0,614
Линейно-линейная связь	1,042		0,307
Кол-во валидных наблюдений	120		

Приложение 3. Актуализация истерической симптоматики по отношению к континууму эндогенного заболевания у больных в клинической и клинико-катамнестической группах.

Таблица сопряженности

			когорта	
			Клиническая когорта	катамнестическая когорта
НУ_возникновение	в первом эпизоде	Частота	35	29
		% в когорта	50,0%	58,0%
	в последующих эпизодах	Частота	17	7
		% в когорта	24,3%	14,0%
	преморбидно	Частота	15	12
		% в когорта	21,4%	24,0%
	в ремиссии	Частота	3	2
		% в когорта	4,3%	4,0%
	Итого	Частота	70	50
		% в когорта	100,0%	100,0%

Таблица сопряженности

			Итого
			Частота
НУ_возникновение	в первом эпизоде	% в когорта	53,3%
		в последующих эпизодах	Частота
	% в когорта		0,0%
	преморбидно	Частота	7
		% в когорта	2,5%
	в ремиссии	Частота	5
		% в когорта	,2%
	Итого	Частота	20
		% в когорта	00,0%

Критерии хи-квадрат

	Значение	т.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	1,984 ^a	3	0,576
Отношение правдоподобия	2,046	3	0,563
Линейно-линейная связь	0,119	1	0,730
Кол-во валидных наблюдений	120		

a. В 2 (25,0%) ячейках ожидаемая частота меньше 5. Минимальная ожидаемая частота равна 2,08.

Приложение 4. Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова сравнения длительности основного заболевания и возраста начального этапа основного заболевания.

		возраст	Длительность основного заболевания	Возраст начального этапа основного заболевания
	N	70	70	70
Нормальные параметры	Среднее	33,0143	5,4994	26,2429
	Стд. отклонение	11,66500	5,05051	9,69452
Разности экстремумов	Модуль	0,131	0,204	0,191
	Положительные	0,131	0,204	0,191
	Отрицательные	-0,099	-0,144	-0,105
Статистика Z Колмогорова- Смирнова		1,092	1,706	1,463
	Асимпт. знч. (двухсторонняя)	0,184	0,006	0,042

Приложение 5. Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова сравнения возраста инициальных расстройств шизофрении и возраста манифестации.

		Возраст иниц. расстр.	Возраст манифестации
	N	70	70
Нормальные параметры	Среднее	27,3571	27,7286
	Стд. отклонение	9,65647	9,60966
Разности экстремумов	Модуль	0,139	0,143
	Положительные	0,139	0,143
	Отрицательные	-0,091	-0,083
	Статистика Z Колмогорова-Смирнова	1,165	1,195
	Асимпт. знч. (двухсторонняя)	0,132	0,115

Приложение 6. Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова сравнения уровня психометрической шкалы PANSS на момент поступления и на момент выписки в клинической когорте обследованных больных.

		PANSS при поступлении	PANSS при выписке
	N	33	33
Нормальные параметры ^{a,b}	Среднее	80,0606	45,0909
	Стд. отклонение	11,78967	4,05712
Разности экстремумов	Модуль	0,117	0,091
	Положительные	0,117	0,085
	Отрицательные	-0,096	-0,091
	Статистика Z Колмогорова-Смирнова	0,670	0,523
	Асимпт. знч. (двухсторонняя)	0,761	0,947

Приложение 7. Одновыборочный критерий Колмогорова-Смирнова сравнения уровня психометрической шкалы HDRS на момент поступления и на момент выписки в клинической когорте обследованных больных.

		HDRS при поступлении	HDRS при выписке
	N	70	70
Нормальные параметры	Среднее	30,0571	3,9143
	Стд. отклонение	6,61550	3,33077
Разности экстремумов	Модуль	0,124	0,204
	Положительные	0,076	0,204
	Отрицательные	-0,124	-0,120
	Статистика Z Колмогорова-Смирнова	1,041	1,707
	Асимпт. знч. (двухсторонняя)	0,229	0,006

Приложение 8. Опросник личностных убеждений А. Бека.

Прочтите утверждения ниже и оцените, НАСКОЛЬКО ВЫ СОГЛАСНЫ С КАЖДЫМ ИЗ НИХ. Для этого обведите соответствующую цифру.

- 1 – Абсолютно в этом убежден
- 2 – Согласен с утверждением
- 3 – И согласен, и не согласен
- 4 – Скорее не согласен
- 5 – Совершенно не согласен

Постарайтесь оценить, насколько ОБЫЧНО Вы уверены в каждом из этих утверждений, даже если пункты не соответствуют полностью Вашей ситуации.

1. Я социально непригоден и нежелателен в ситуациях работы или общения.
2. Другие люди потенциально критически настроены, безразличны, склонны унижать или отвергать меня.
3. Я не могу выносить неприятные чувства.
4. Если люди сблизятся со мной, они обнаружат, кто я такой, и отвергнут меня.
5. Невыносимо, когда меня считают низким или неадекватным.
6. Я должен любой ценой избегать неприятных ситуаций.
7. Если я чувствую что-то неприятное или думаю об этом, я должен попытаться забыть об этом или отвлечься, например подумать о чем-нибудь еще, выпить, принять таблетку или посмотреть телевизор.
8. Я должен избегать ситуаций, в которых я привлекаю внимание, или быть как можно более незаметным.
9. Неприятные чувства усилятся и выйдут из-под контроля.
10. Если другие критикуют меня, они, видимо, правы.
11. Лучше не делать ничего, чем пытаться делать то, что может закончиться неудачей.
12. Если я не думаю о проблеме, мне не нужно ее решать.
13. Любые признаки напряженности в отношениях указывают на то, что отношения испортились; следовательно, их нужно разорвать.
14. Если я буду игнорировать проблему, она исчезнет.
15. Я нуждающийся и слабый.
16. Я нуждаюсь в ком-то, кто всегда доступен, чтобы помочь мне справиться с тем, что я должен сделать, или если случится что-то плохое.
17. Мой помощник может опекать, поддерживать меня и доверять мне – если захочет.
18. Я беспомощен, когда действую самостоятельно.

19. Если мне не удастся привязаться к более сильному человеку, я остаюсь в полном одиночестве.
20. Самое плохое, что может со мной случиться, – это если меня бросят.
21. Если меня не полюбят, я всегда буду несчастен.
22. Я не должен делать ничего, что может обидеть того, кто поддерживает меня или помогает мне.
23. Я должен находиться в зависимом положении, чтобы поддерживать его хорошее отношение.
24. Я должен всегда иметь доступ к нему.
25. Я должен поддерживать как можно более близкие отношения.
26. Я не могу сам принимать решения.
27. Я не могу справляться с проблемами, как это делают другие.
28. Мне нужны другие люди, чтобы помогать мне принимать решения или говорить мне, что делать.
29. Я самодостаточен, но я нуждаюсь в других, чтобы они помогли мне в достижении моих целей.
30. Единственный способ сохранить чувство собственного достоинства – косвенно утверждать себя, например не выполнять инструкции.
31. Я люблю привязываться к людям, но я не хочу, чтобы при этом мной управляли.
32. Люди, наделенные властью, обычно навязчивы, требовательны, назойливы и склонны командовать.
33. Я должен сопротивляться доминированию властей, но в то же время добиваться от них одобрения и принятия.
34. Невыносимо находиться под контролем или во власти других.
35. Я должен всё делать по-своему.
36. Установление крайних сроков, исполнение требований и приспособление – прямая угроза моей гордости и самодостаточности.
37. Если я подчиняюсь правилам, как того ожидают люди, это ограничивает мою свободу действий.
38. Лучше не выражать свой гнев прямо, но показывать неудовольствие путем неподчинения.
39. Я сам знаю, что мне нужно и что для меня хорошо, и окружающие не должны указывать мне, что делать.
40. Правила произвольны и ограничивают меня.
41. Другие люди часто слишком требовательны.
42. Если я считаю людей слишком властными, я имею право игнорировать их требования.
43. Я полностью ответствен за себя и других.
44. Я должен полагаться на себя, чтобы убедиться, что всё сделано.
45. Другие слишком легкомысленны, часто безответственны, снисходительны к себе или некомпетентны.
46. Важно любую работу выполнять идеально.
47. Мне нужен порядок, системы и правила, чтобы должным образом выполнить работу.
48. Если у меня нет систем, всё может развалиться.
49. Любой недостаток или дефект в работе может привести к катастрофе.
50. Необходимо всегда придерживаться самых высоких стандартов, или всё развалится.
51. Я должен полностью контролировать свои эмоции.
52. Люди должны всё делать по-моему.
53. Если я не выполняю работу на самом высоком уровне, я потерплю неудачу.
54. Недостатки, дефекты или ошибки недопустимы.
55. Детали чрезвычайно важны.
56. Я делаю всё наилучшим образом.
57. Я должен остерегаться.
58. Сила или хитрость – лучший способ добиться своего.
59. Мы живем в джунглях, и выживает сильнейший.
60. Люди доберутся до меня, если я первым не доберусь до них.
61. Не обязательно сдерживать обещания и отдавать долги.
62. Можно лгать, если тебя не уличат во лжи.
63. Со мной обращались несправедливо, и я имею право получить причитающуюся мне долю любыми доступными средствами.
64. Другие люди слабы и заслуживают того, чтобы быть обманутыми.
65. Если я не притесняю других, они будут притеснять меня.
66. Я должен делать всё, что останется безнаказанным.

67. Не имеет значения, что другие думают обо мне.
68. Если я чего-то хочу, я должен делать всё, чтобы это получить.
69. Я могу выйти сухим из воды, поэтому я не должен беспокоиться о плохих последствиях.
70. Если люди не могут позаботиться о себе, это их проблема.
71. Я особенный человек.
72. Так как я лучше всех, я имею право на особое обращение и привилегии.
73. Я не должен быть связан правилами, которые применимы к другим людям.
74. Очень важно получить признание, заслужить похвалу и вызвать восторг.
75. Если другие не уважают мой статус, они должны быть наказаны.
76. Другие люди должны удовлетворять мои потребности.
77. Другие люди должны понимать, насколько я особенный.
78. Невыносимо, если ко мне не проявляют должного уважения или я не получаю то, на что имею право.
79. Другие люди не заслуживают восхищения или богатства, которые они получают.
80. Люди не имеют права критиковать меня.
81. Ни чьи потребности не должны сталкиваться с моими собственными.
82. Так как я настолько талантлив, люди должны продвигать мою карьеру.
83. Меня понимают лишь такие же выдающиеся личности, как я.
84. Я имею все основания надеяться на большое будущее.
85. Я интересный, привлекательный человек.
86. Чтобы чувствовать себя счастливым, я должен привлекать внимание других.
87. Если я не развлекаю или не впечатляю людей, я ничтожество.
88. Если я неинтересен другим, они не будут любить меня.
89. Чтобы добиться своего, нужно изумлять или развлекать людей.
90. Если люди не реагируют на меня позитивно, они отвратительны.
91. Ужасно, если люди игнорируют меня.
92. Я должен быть в центре внимания.
93. Я могу не утруждать себя обдумыванием – мне достаточно положиться на «внутреннее» чувство.
94. Когда я развлекаю людей, они не замечают моих слабостей.
95. Я не терплю скуку.
96. Если я испытываю желание что-то делать, я должен это делать.
97. Люди обратят на меня внимание, только если я действую крайними способами.
98. Чувства и интуиция намного важнее рационального мышления и планирования.
99. Не имеет значения, что другие люди думают обо мне.
100. Для меня важно быть свободным и независимым.
101. Мне больше нравится действовать в одиночку, чем с кем-нибудь.
102. Во многих ситуациях лучше остаться одному.
103. Никто не влияет на мои решения.
104. Близкие отношения с людьми не важны для меня.
105. Я устанавливаю для себя собственные стандарты и ставлю перед собой свои цели.
106. Моя частная жизнь намного более важна для меня, чем близость к людям.
107. Для меня не имеет значения, что думают другие люди.
108. Я могу справляться со всем самостоятельно без чьей-либо помощи.
109. Лучше быть одному, чем чувствовать себя «привязанным» к другим людям.
110. Я не должен доверять никому.
111. Я могу использовать людей в своих собственных целях, пока мне удастся избежать близких отношений с ними.
112. Отношения беспорядочны и ограничивают свободу.
113. Я не могу доверять людям.
114. Другие люди имеют скрытые мотивы.
115. Другие будут пытаться использовать меня или манипулировать мной, если я не буду проявлять осторожность.
116. Я должен всегда быть начеку.
117. Доверять людям небезопасно.
118. Если люди ведут себя дружелюбно, они могут попытаться использовать или эксплуатировать меня.
119. Люди воспользуются мною, если я предоставлю им такую возможность.
120. Другие люди недружелюбны.
121. Другие люди будут сознательно пытаться унижить меня.
122. Часто люди преднамеренно хотят досадить мне.

123. У меня возникнут серьезные проблемы, если я позволю другим людям думать, что они могут безнаказанно плохо обращаться со мной.
124. Если другие люди что-то узнают обо мне, они используют это против меня.
125. Люди часто говорят одно, а думают другое.
126. Человек, с которым я нахожусь в близких отношениях, может оказаться вероломным или предать меня.

Приложение 9. Опросник стиль саморегуляции поведения поведения В.И. Моросановой.

- 1 – Верно
 - 2 – Пожалуй, верно
 - 3 – Пожалуй, неверно
 - 4 – Неверно
1. Свои планы на будущее люблю разрабатывать в малейших деталях.
 2. Люблю всякие приключения, могу идти на риск.
 3. Стараюсь всегда приходить вовремя, но тем не менее часто опаздываю.
 4. Придерживаюсь девиза «Выслушай совет, но сделай по-своему».
 5. Часто полагаюсь на свои способности ориентироваться по ходу дела и не стремлюсь заранее представить последовательность своих действий.
 6. Окружающие отмечают, что я недостаточно критичен к себе и своим действиям, но сам я это не всегда замечаю.
 7. Накануне контрольных или экзаменов у меня обычно появлялось чувство, что не хватило 1-2 дней для подготовки.
 8. Чтобы чувствовать себя уверенно, необходимо знать, что ждет тебя завтра.
 9. Мне трудно себя заставить что-либо переделывать, даже если качество сделанного меня не устраивает.
 10. Не всегда замечаю свои ошибки, чаще это делают окружающие меня люди.
 11. Переход на новую систему работы не причиняет мне особых неудобств.
 12. Мне трудно отказаться от принятого решения даже под влиянием близких мне людей.
 13. Я не отношу себя к людям, жизненным принципом которых является «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
 14. Не выношу, когда меня опекают и за меня что-то решают.
 15. Не люблю много раздумывать о своем будущем.
 16. В новой одежде часто ощущаю себя неловко.
 17. Всегда заранее планирую свои расходы, не люблю делать незапланированных покупок.
 18. Избегаю риска, плохо справляюсь с неожиданными ситуациями.
 19. Мое отношение к будущему часто меняется: то строю радужные планы, то будущее кажется мне мрачным.
 20. Всегда стараюсь продумать способы достижения цели, прежде чем начну действовать.
 21. Предпочитаю сохранять независимость даже от близких мне людей.
 22. Мои планы на будущее обычно реалистичны, и я не люблю их менять.
 23. В первые дни отпуска (каникул) при смене образа жизни всегда появляется чувство дискомфорта.
 24. При большом объеме работы неминуемо страдает качество результатов.
 25. Люблю перемены в жизни, смену обстановки и образа жизни.
 26. Не всегда вовремя замечаю изменения обстоятельств и из-за этого терплю неудачи.
 27. Бывает, что настаиваю на своем, даже когда не уверен в своей правоте.
 28. Люблю придерживаться заранее намеченного на день плана.
 29. Прежде чем выяснять отношения, стараюсь представить себе различные способы преодоления конфликта.
 30. В случае неудачи всегда ищу, что же было сделано неправильно.
 31. Не люблю посвящать кого-либо в свои планы, редко слеую чужим советам.
 32. Считаю разумным принцип: сначала надо ввязаться в бой, а затем искать средства для победы.
 33. Люблю помечтать о будущем, но это скорее фантазии, чем реальность.
 34. Стараюсь всегда учитывать мнение товарищей о себе и своей работе.
 35. Если я занят чем-то важным для себя, то могу работать в любой обстановке.
 36. В ожидании важных событий стремлюсь заранее представить последовательность своих действий при том или ином развитии ситуации.
 37. Прежде чем взяться за дело, мне необходимо собрать подробную информацию об условиях его выполнения и сопутствующих обстоятельствах.
 38. Редко отступаю от начатого дела.

39. Часто допускаю небрежное отношение к своим обязательствам в случае усталости и плохого самочувствия.
40. Если я считаю, что прав, то меня мало волнует мнение окружающих о моих действиях.
41. Про меня говорят, что я «разбрасываюсь», не умею отделить главное от второстепенного.
42. Не умею и не люблю заранее планировать свой бюджет.
43. Если в работе не удалось добиться устраивающего меня качества, стремлюсь переделать, даже если окружающим это не важно.
44. После разрешения конфликтной ситуации часто мысленно к ней возвращаюсь, перепроверяю предпринятые действия и результаты.
45. Непринужденно чувствую себя в незнакомой компании, новые люди мне обычно интересны.
46. Обычно резко реагирую на возражения, стараюсь думать и делать все по-своему.