

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-90-101>

УДК 616.891.2

История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах

Попов С.М.
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

НАУЧНЫЙ
ОБЗОР

Резюме

Цель: представить эволюцию взглядов отечественных и зарубежных исследователей на структуру и суть истерических расстройств, различные дефиниции этого феномена и попытки определить его место среди других психопатологических симптомов, а также рассмотреть вопрос патогенетической модели, в настоящее время не имеющей точного обоснования. **Метод:** по ключевым словам «истерические расстройства; депрессия; психопатология; диссоциативные и конверсионные расстройства, шизофрения; эндогенные заболевания» проведен поиск публикаций в базах PubMed/MEDLINE, РИНЦ и других источниках за последние 10 лет. **Результаты:** выделены следующие основные направления изучения истерических расстройств при эндогенных заболеваниях: (1) рассмотрение истерических расстройств как обособленного гетерогенного синдрома; (2) изучение клинического патоморфоза; (3) дифференциация истерических проявлений в структуре заболеваний аффективного и шизофренического спектра; (4) проблема коморбидности истерических расстройств с другими проявлениями эндогенных заболеваний.

Ключевые слова: истерические расстройства; депрессия; психопатология; диссоциативные и конверсионные расстройства; шизофрения; эндогенные заболевания.

Для цитирования: Попов С.М. История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах. *Психиатрия*. 2019;17(4):90–101. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-90-101>.

Конфликт интересов отсутствует

The History of the Formation of Concepts and Modern View on Hysteria in Endogenous Mental Diseases

Popov S.M.
FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

REVIEW

Summary

The aim of review: to present the evolution of views of domestic and foreign researchers on hysterical disorder structure and its pathway in endogenous diseases. **Method:** The keywords “hysterical symptoms; depression; psychopathology; dissociative and conversion disorders; schizophrenia; endogenous diseases” were used to source the publications about the problem in Pubmed/MEDLINE and others databases in last 10 years. **Results:** various definitions of this phenomenon were presented as well as attempts to determine its place among other psychopathological symptoms, including consideration of the issue of the pathogenetic model currently not having a precise justification. The following basic directions were singled out in the scientific development of the problem: (1) consideration of hysterical disorders as an independent heterogeneous syndrome; (2) studying of a distinct clinical pathomorphosis over the last century; (3) differentiation of hysterical manifestations in the structure of diseases of the affective and schizophrenic spectrum; (4) the problem of differentiation of hysterical symptoms with comorbid diseases.

Keywords: hysterical symptoms; depression; psychopathology; dissociative and conversion disorders; schizophrenia; endogenous diseases.

For citation: Popov S.M. The History of the Formation of Concepts and Modern View on Hysteria in Endogenous Mental Diseases. *Psychiatry*. 2019;17(4):90–101. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-90-101>.

There is no conflict of interest

В обзоре представлена эволюция взглядов отечественных и зарубежных исследователей на психопатологическую структуру и феноменологическую сущность истерических состояний, попытки определения места и роли истерических расстройств в регистре психических заболеваний, рассмотрение эпидеми-

ологического и терапевтического вопросов, а также возможности изучения их биологического субстрата с помощью современных диагностических методов.

Изучение истерических расстройств становилось предметом исследований с начала формирования медицины как науки, однако под пристальное внимание

ученых истерия попала только в XIX в. Истерия является одной из наиболее спорных и сложных проблем, о чем свидетельствуют диагностические трудности, связанные с полиморфными проявлениями истерических симптомов или синдромов.

В клинической психиатрии истерические состояния рассматривались с множества позиций: клинко-психопатологических, дифференциально-диагностических, клинко-физиологических, клинко-биохимических, клинко-психологических, клинко-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, ICD-10, ICD-11).

Большой вклад в изучение психопатологической картины истерических расстройств внесли P. Briquet [1]; J. Charcot [2]; P. Janet [3]; S. Freud [4]; E. Kretschmer [5]; И.П. Павлов [6]; Э.Б. Дубницкая [7]; А.Б. Смулевич [8]; А. Якубик [9]; В.Я. Семке [10]. 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, опухолями мозга, генерализованными органическими нарушениями различной этиологии, эпилепсией, посттравматическими синдромами, алкоголизмом, хроническим галлюцинозом [9].

Клинические исследования в области истерических расстройств многочисленны и разноречивы: от признания Ж. Шарко «собственной клинической физиономии» [2] до полного отрицания нозологической гетерогенности симптомокомплексов и возможностей их патогенетического изучения. В одной из монографий А. Якубика [9] утверждается, что «современные взгляды на истерические расстройства по существу не отличаются от традиционных концепций более чем 50-летней давности и столь же мало применимы в практике».

Одной из главных проблем изучения истерии является постоянный клинический патоморфоз этого

расстройства, связанный с социальной и культуральной динамикой развития общества, изменениями личностного ценностного регистра в сторону утончения интерперсональных факторов, характера зависимостей и потребностей, что четко отмечается на протяжении XX–XXI вв. [11]. С конца XX столетия зарегистрировано уменьшение частоты «больших» истерических припадков и исчезновение массовых истерий [10]. 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 [9]. Мнения множества клиницистов об уменьшении проявления истерических расстройств за последние десятилетия основываются на недоучете роли широких эпидемиологических исследований в пограничной психиатрии, а также возникающих трудностей в дифференциации истерических расстройств и других невротических состояний.

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, в которую объединены диссоциативные и конверсионные расстройства, как транзиторные, так и константные, размещенные в одном классе по классификациям МКБ-10 и DSM-IV. 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 г. DSM-5 истерические расстройства вновь разведены и отнесены к разным классам. Конверсионные расстройства получили новое название: «функциональное неврологическое расстройство», его критерии охватывают тот же диапазон симптомов, что и в МКБ-10, но рассматриваются вне связи с психотравмирующим триггером. Диссоциативные симптомы в DSM-5 отнесены к отдельной рубрике «Диссоциативное расстройство» (300.6-300.15) и классифицируются наряду с деперсонализационными и дереализационными расстройствами. Из последней представленной модели ICD-11 известно лишь то, что истерические расстройства будут входить в раздел 06 «Психические расстройства, расстройства поведения или нарушения развития нервной системы».

В диагностической системе МКБ-10 [13] категория диссоциативных (конверсионных) расстройств включает большую группу состояний, характеризующихся псевдоневрологическими симптомами (параличи, судороги, потеря чувствительности, нарушения походки). В DSM-IV [14] 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 [15]. 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 [13]. 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 [13; 15].

Исторический анализ изучения истерии позволяет выделить три этапа в развитии учения об истерических состояниях: 1-й этап — предыстория (с древних времен до середины XIX в.); 2-й этап — клиничко-описательный (с 50-х гг. XIX в. до начала XX в.) и 3-й этап — современный. Первый этап учения об истерии характеризуется разнообразием клинических взглядов и представлений и отсутствием четких научных теоретических определений, объясняющих этиологические и патогенетические механизмы данного заболевания. По данным Р. Janet, к 1847 г. существовало около 50 определений истерии. На втором этапе, по 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» [16]. Основываясь на проделанной работе, в начале XX в. в рамках «большой истерии», описанной французским исследователем Шарко, выделены различные формы ее проявления — психотическая, невротическая и психопатическая [2]. Основным звеном проблемы изучения истерических расстройств на третьем этапе являлась их детальная систематика с позиции клиничко-динамического и патогенетического анализа, углубленное изучение истерической личности, разра-

ботка дифференциально-диагностических критериев и совершенствование на этой основе профилактических и реабилитационных мероприятий. Огромный вклад в решение данных вопросов внесли работы П.Б. Ганнушкина [17] и О.В. Кербилова [18].

В отечественной психиатрии традиционно преобладал нозологический подход в изучении истерических состояний, таких как истерический психоз, истерический невроз и истерическая психопатия. Основываясь на многолетнем клиничко-динамическом и нейрофизиологическом исследовании истерических состояний (неврозы, психопатии и реактивные психозы), В.Я. Семке установил их нозологическое единство, представленное в рамках «истерической болезни» [10]. Обоснованием послужила общность этиологических, патогенетических и предрасполагающих факторов, которые реализовывались в ситуациях нарушенных интерперсональных отношений различной степени выраженности и значимости и приводили к возникновению истерической патологии с соответствующим 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.

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 [28–33]. В связи с этим, начиная с 1990-х годов ученые по большей части концентрировались на создании концепции диссоциации. Cardeña, к примеру, привел три широкие категории диссоциации: (1) диссоциация как неинтегрированные психические модули или системы, (2) диссоциация как нарушение сознания, проявляющееся в чувстве отграничения от собственной личности или мира, и (3) диссоциация как защитный механизм [29].

В пределах первой категории Cardeña описал истерические состояния, которые не представляется возможным отнести к исключительно патологическим (например, состояние с раздвоенным вниманием), и подчеркивал, что их не стоит считать проявлением 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 автором отнесены такие феномены, как деперсонализация и дереализация. Третья категория, в сущности, может быть сведена к первым двум [29].

Allen, а в дальнейшем и последователи его идеи, выделяют 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 частичным) травматического события и его последствий, эквивалентен традиционным понятиям деперсонализации, дереализации. В свою очередь компармент диссоциация, при которой расстройства психической деятельности носят частичный характер, определяется 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 [34–36]. В соответствии с исследованиями O. Van der Hart, а также E. Holmes, компарментализация в отличие от детачмента не сопровождается полной сепарацией стресспровоцирующих событий [36; 37]. «Будучи компарментализированным, психический процесс продолжает функционировать и влиять на эмоции, когнитивные процессы и поведение» [38]. Putnam также проводил грань между «симптомами процесса диссоциации» (дереализацией и деперсонализацией) и расстройствами, обусловленными дефицитом интеграции психических сфер, как при диссоциативном расстройстве личности [39]. Brown различал первый тип диссоциации (фуги, амнезии, параличи) и второй тип (деперсонализация, перитравматический стресс и *out of body experience*) [35]. Van der Kolk and Fislser при анализе психических травм разграничивали деперсонализацию, дереализацию и состояния с сепарацией травматических переживаний [33].

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 [20–23]. 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.

Дифференциация истерических расстройств и шизофрении (в основном на этапе неврозоподобного 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.C., 2007). Еще в 1892 г. P. Janet описывал истерию как «расщепление психических процессов», а E. Bleuer, выделяя шизофренический психоз, использовал понятие «расщепления», основываясь на механизме диссоциаций истерического генеза. В американских и европейских классификациях по настоящее время термин «диссоциация» употребляется при описании и шизофрении, и истерии (Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б., 2010).

Сложность дифференциальной диагностики истерии и шизофрении отмечали многие авторы, среди них В.Я. Семке, И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Д.С. Данилов, А.С. Дороднова, Л.Г. Мовина, P.B. Jones, P.F. Buckley, D. Kessler. В том числе особую нишу занимали работы по изучению преморбидных личностных характеристик у больных шизофренией с истероформной симптоматикой (А.Е. Личко, А.Б. Смулевич). 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.

В 1900 г. L. Morawitz занимался изучением двигательных нарушений при кататонии и истерии, их дифференциальной диагностике. Он описывал случаи «деградации истерических припадков в шизофренические». А в 1923 г. E. Kretschmer описывал схожесть гипобулических проявлений при кататонической шизофрении и истерии. H. Baruk в 1952 г. 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 г. В 1911 г. С.А. Сухановым была написана работа по изучению псевдоневротических расстройств при слабумии с симптомокомплексом истерических нарушений.

Н. Еу в 1936 г. 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.

В 2000-х гг. 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 поведенческих истерических реакций; (2) возникновение гротескных диссоциативных, конверсионных симптомов, нарастание негативных шизофренических изменений по типу дефекта «искажения личностных черт», а также дальнейшее углубление тяжести поведенческих реакций, 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.

В пользу диагностической принадлежности истерического регистра к шизофрении в основном свидетельствуют недоступность истерических симптомов внушению, стойкость и однообразие их проявлений по типу «клише». 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» [40]. 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» [7; 41]. 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. 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 провоцирован-

ных истеродепрессий. Возникновение истерической симптоматики в дебюте эндогенного заболевания говорит в пользу высокой прогрессивности и перехода в апато-абулический или кататонно-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, овладающие представления, сенесто-ипохондрические расстройства. Далее истерические расстройства обретали стереотипность, приобретая характер монотонных штаммов, становились все более грубы и неадекватны, 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.

В детском и подростковом возрасте, изучая шизофрению с истерическими расстройствами, М.Ш. Вроно в 1986 г. 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.

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 г. истерошизофрению, выделял основные истерические расстройства невротического уровня — афония, контрактуры, писчий спазм, формирование истероипохондрических явлений, а также выделял истерические расстройства психотического уровня, такие как диссоциативный психоз с магическим мышлением, бред и галлюцинации воображения, ментизм с явлениями психического автоматизма, истерокаватония. В 2009 г. А.А. Шмилович, 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 А.А. Шмилович 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.

Во многих работах возникновение истерических расстройств в структуре шизофрении связывалось с наследственной отягощенностью по обоим заболеваниям. В 2008 г. 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 г. 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.

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 психогенной в клиническую картину шизофрении, психогенный фасад эндогенного заболевания в дебюте шизофрении и выраженная психогенная симптоматика, маскирующая эндогенное заболевание» [42]. Зарубежные исследователи отмечали трудности дифференцировки психогенного и эндогенного заболеваний, в частности возможность перекрытия истерической симптоматикой шизофреноформных проявлений, с разным соотношением указанных расстройств [43; 44].

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 [20–23]. А истерические расстройства, формирующиеся в структуре эндогенных психических заболеваний (непрерывнотекущей, приступообразной, приступообразно-прогрессирующей, вялотекущей шизофрении, а также аффективного регистра), их патоморфоз и динамика не находят должного отражения в современных публикациях этого века и остаются весьма малоизученной областью.

Изучение коморбидности истерических расстройств и аффективных заболеваний началось с начала XX века с работ R. Kraft-Ebing в 1903 г., R. Graupp в 1905 г., а также E.Z. Reiss в 1910 г. 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 был представлен в немецком руководстве по психиатрии O. Bumke в 1924 г., где были 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 Th. Ziehen (1911) высказывает взгляды о коморбидности психопатологических расстройств, подчеркивая усложнение «меланхолического» неврастением или истерией. Из отечественных психиатров данной проблемой в 1927 г. 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.

В дальнейшем состоянии, 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), функциональные психозы инволюционного периода (Жислин С.Г., 1969; Mayer-Cross W., 1944), расстройства личности (Менделевич В.Д., 1992; Смулевич А.Б., 2000; Sadavov J., 1987). В настоящее время данная проблема была освещена в работах С.М. Плотникова в 1992 г., посвященных 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 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.

Также изучались сочетанные проявления депрессивных и истерических расстройств при реактивных депрессиях. Было показано, что подобное сочетание характеризует неблагоприятный прогноз (Беляков М.И.,

1959; Фелинская Н.И., 1970; Елисеев Ю.И., 1966). Описывая истерическую реактивную депрессию, Б.П. Калачев в 1968 г. 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 реакциям, астении и навязчивостям. Стоит упомянуть, что в преморбиде у всех больных отмечались гистрионные черты.

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 (Clopinger C.R., 1986). В дальнейшем с внедрением международной классификации DSM-III вводится новая диагностическая категория — ПТСР, и границы между и так разобщенными 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 ICD.

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 истеродепрессивных синдромах (Пшеничных И.В., 2006). Включение истерической симптоматики в клинику депрессии может отражать сочетание эндогенности и наличие ананкастно-гистрионной структуры личности.

Стоит упомянуть о феномене хронической истерической дисфории, являющейся декомпенсацией депрессивного расстройства личности, выделенного еще в 1964 г. 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 (Смулевич А.Б., 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 астено-ипохондрические варианты. Утверждалось, что диагностическая оценка подобных депрессий

должна проводится 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 (George C., 1996; Putman P.V., 1997; Kozłowska K., 2005; Isaac M., 2006). 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 (Семке В.Я., 1988; Перчаткина О.Э., 2000).

Стоит отметить, что наибольший результат изучения динамики истерических состояний был достигнут в судебно-психиатрической практике [11, 18; 45–48]. 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 [47].

В структуре психогенных аффективных состояний выделяется истерический вариант [11; 49], 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» [8]. Отмечено, что возможна последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие в зависимости от длительности течения и тяжести психотравмирующего фактора.

В современной литературе XXI в. резюмировано, что несмотря на многообразие истерических расстройств возникают они по единому истерическому механизму — при совместном воздействии культуральных, социальных и интерперсональных факторов на личность. Ноше о развитии истерической реакции писал, что она является «ненормальным способом реакции на требования жизни» [50]. При достаточной силе переживаний каждый человек склонен к возникновению

истерических реакций. В работах Р. Janet [3]; S. Freud [4]; E. Kretschmer [5]; И.П. Павлова [6] выделяется утверждение, что истерическая реакция является 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. Данная реакция является не просто инстинктивной, как у низших животных, а архиинстинктивной, более сложным взаимодействием рационального, инстинктивного и рефлекторного механизмов. И в зависимости от тяжести и длительности реакций формируется либо сочетание различных истерических расстройств, либо последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие.

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» [6]. Согласно электрофизиологическим исследованиям конверсионных расстройств В.В. Бобковой, было выявлено повышение амплитуды медленной активности, усиление гиперсинхронных генерализованных альфа- и сигма-волн, что свидетельствовало о некоторой дезактивации коры большого мозга [57]. М.П. Невский и Иваницкий в своих работах выявляли у больных истерическими психопатическими реакциями угнетение или отсутствие альфа-ритма [10]. В исследованиях Р. Abely и I. Richardegu при диссоциативных расстройствах отмечалась нейровегетативная блокада, которая рассматривалась как реакция инстинктивно-аффективного типа [10]. Наряду с этими исследованиями Л. Israel и соавт. не обнаружили при истерических состояниях специального ритма и отличия от статической ЭЭГ здоровых людей, однако отмечалась изменчивость картины ЭЭГ на протяжении всего исследования и от одного сеанса к другому [10]. V. Buscaino, R. Balbi, T. Pariante, S. Rigotti, в свою очередь, обнаружили колебания электролитного равновесия, вегетативные и эндокринные дисфункции.

Д.Е. Альпери, Н.А. Иванов, Р.Ф. Коканбаева определили в крови больных психическими расстройствами истерического невротического регистра понижение активности холинэстеразы и повышение содержания ацетилхолина. А.В. Ульянова и Т.С. Агеева в своих исследованиях, наоборот, установили повышение показателей холинергической активности крови [10; 57]. Позднее исследователями патогенеза реактивных истерических состояний было обнаружено нарушение обмена биогенных аминов [10; 11]. 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 [10].

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 [58]. П.В. Бундзен и S.B. Guze, напротив, утверждают малую трансформацию и отчетливую очерченность истерического синдрома, «отличающегося высокой степенью униформизма хронического течения» [10]. Также в ряде работ выявляется крайне малая изученность отличия истерических невротических и патохарактерологических реакций [8; 18; 51].

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 П.Б. Ганнушкин, С.А. Суханов, О.В. Кербинов, В.Я. Семке [10]. В работах зарубежных исследователей, таких как E. Kraepelin, E. Kretschmer, K. Jaspers, K. Verbeck, также описывались облигатные для истерической личности характерологические особенности [5; 10]. Во всех описаниях утверждается наличие основного «ядра» личности, заключающегося в преувеличенном чувстве собственного достоинства, склонности к театральности, позерству, эгоцентризму, повышенной внушаемости, эмоциональной нестабильности, непереносимости одиночества, склонности к аутоагрессии, демонстративному суицидальному поведению, импульсивности, и, как писал W. Millar, «характерологической слабости к интеграции», а P. Chodoff и H. Lyons определяли истерию как «сексуализацию всех несексуальных отношений» [52–54; 56]. N. Petrilowitsch считает главным проявлением «ядра» истерической личности его отсутствие, «такую расплывчатость и изменчивость в образе поведения, что возникает впечатление, будто люди играют на сцене» [55]. У больных с истерическими чертами личности в преморбиде выявлялась трудность в распознавании шизофренического процесса по причине заострения гистрионных расстройств

(Морозов В.М., Наджаров Р.А., 1956; Семке В.Я., 2008; Даниленко О.А., 2011). Согласно исследованиям Б.В. Воронцова (2009), у больных малопрогредиентной шизофренией с истерическими расстройствами с детства отмечается объединение невротических и истерических черт. По мнению А.Б. Смугевича, у больных с истерическим преморбидом, перенесших в раннем возрасте стертый шизофренический приступ, формируется шизоистероидная псевдопсихопатия.

Следующей важной проблемой является терапия истерических состояний, не имеющая четких регламентных норм и тактик. В основном отдается предпочтение психфармакотерапии в сочетании с психотерапевтическим воздействием, как групповым, так и в составе аутотренинга [59].

Согласно эпидемиологическим исследованиям конца XX в., возраст проявления истерических расстройств преимущественно приходится на юношеский и молодой, а в старческом возрасте в преобладающем числе происходят декомпенсационные проявления истерических психопатий [61]. Эпидемиологические исследования Г.В. Рыжикова показывают, что вероятность формирования истерических реакций 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 [10; 60]. 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 (2004), распространенность истерических расстройств в общей популяции, различными авторами оценивается от 2,5 до 50 на

100 000 населения, а среди контингента больных стационаров, от 20 до 120 на 100 000 населения. Диагностика и терапия диссоциативных расстройств, также выявляемых в общемедицинской сети, сопряжена со значительными трудностями (Walker E.A., 1992; Van der Kolk B.A., 1996). Распространенность диссоциативных расстройств среди больных соматических стационаров достигает 2,6% (Fink P., 2004). При этом при отдельном анализе конверсионных и диссоциативных расстройств, исходя их DSM-IV, установлено, что состояние 47,4% пациентов с конверсионным расстройством отвечает критериям диагностики диссоциативного (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 реакций у пациентов с эндогенными психическими расстройствами — актуальная и своевременная задача. Для исследователей настоящего времени представляется важным определить четкую комплексную типологическую характеристики истерических реакций с учетом закономерностей дальнейшего течения заболевания, преморбидной структуры личности, наследственной предрасположенности и клинико-биологических особенностей. Кроме того, представляет интерес вопрос о психопатологическом патоморфозе истерических расстройств, формирующихся в рамках течения эндогенного психического заболевания аффективного и шизофренического спектров.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Briquet P. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, J-B Baillié & Fils., Paris, France; 1859:724.
2. Charcot J-M. *Lectures on the diseases of the nervous system*. London: The New Sydenham Society; 1889:530.
3. Janet P. *The Major Symptoms of Hysteria: 15 Lectures Given in the Medical School of Harvard University*; Macmillan: New York, NY, USA; 1907:380.
4. Freud S. *Fragments of an analysis of a case of hysteria*. London, UK: Standard Edition 1905;40.
5. Kretschmer E, Boltz O. *Hysteria*. New York: *Nervous and Mental Disease*; 1926:144.
6. Павлов ИП. Проба физиологического понимания симптомологии истерии. *АН СССР*; 1932:38. Pavlov IP. Proba fiziologicheskogo ponimaniya simptomologii isterii. *AN SSSR*; 1932:38. (In Russ.).
7. Дубницкая ЭБ. Малопргредиентная шизофрения с преобладанием истерических расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014(3)4–13.
8. Смугевич АБ. Расстройства личности (психопатии). В кн.: *Руководство по психиатрии*. Под ред. акад. РАМН А.С. Тиганова. М.: Медицина; 1999;1:558–602. Smulevich AB. Rasstrojstva lichnosti (psihopatii). V kn.: *Rukovodstvo po psihiatrii*. Pod red. akad. RAMN A.S. Tiganova. M.: Medicina; 1999;1:558–602. (In Russ.).
9. Jakubik A., *Histeria*. Warszawa; 1979:344.
10. Семке ВЯ. Истерические состояния. Москва: Медицина; 1988:224. Semke VYA. Istericheskie sostoyaniya. Moskva: Medicina; 1988:224. (In Russ.).
11. Фелинская НИ. О патоморфозе классических форм. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1979;79(11):1544–1549.

- Felinskaya NI. O patomorfoze klassicheskikh form. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1979;79(11):1544–1549. (In Russ.).
12. Карвасарский БД. Неврозы. Москва: Медицина; 1990:576. Karvasarskij BD. Nevrozy. Moskva: Medicina; 1990:576. (In Russ.).
 13. 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.
 14. Diagnostic Criteria From DSM-IV, by the American Psychiatric Association, Washington, DC, American Psychiatric Press Inc; 1994:388.
 15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. American Psychiatric Association Press: Washington, DC, USA; 1994.
 16. Janet PL. État mental des hystériques (second edition), Félix Alcan, Paris. Reprint: Lafitte Reprints, Marseille; 1983:25.
 17. Ганнушкин ПБ. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Москва: «Север»; 1933:128. Gannushkin PB. Klinika psihopatij, ih statika, dinamika, sistematika. Moskva: «Sever»; 1933:128. (In Russ.).
 18. Кербиков ОВ. Избранные труды. Москва; 1971:313. Kerbikov OV. Izbrannye Trudy. Moskva; 1971:313. (In Russ.).
 19. Ромасенко ЛВ. Патоморфоз истерических расстройств. Материалы конференции «X клинические павловские чтения. Выпуск 10-й». Санкт-Петербург; 2006:20–25. Romasenko LV. Pathological morphosis of hysterical disorders. X clinical Pavlovian readings. Tenth issue. Patomorfoz istericheskikh rasstrojstv. Conference proceedings. 2006:20–25. (In Russ.).
 20. Balaratnasingam S, Janca A. Mass hysteria revisited. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2006;19:171–174. doi:10.1097/01.yco.0000214343.59872.7a. PubMed: 16612198.
 21. Mink JW. Conversion disorder and mass psychogenic illness in child neurology. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2013;1304:40–44. https://doi:10.1111/nyas.12298.
 22. Dhadphale M. Hysterical stupor. *British Journal Psychiatry International*. 2016;13:98–100. https://doi:10.1192/s2056474000001458.
 23. Galli S, et al. Conversion, Factitious Disorder and Malingering: A Distinct Pattern or a Continuum? — Bogousslavsky J (ed): Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus. Part II — From Psychiatry to Neurology. Front Neurol Neurosci. Basel, Karger, 2018;42:72–80. https://doi:10.1159/000475699
 24. Забылина НА. Истерия. Дефиниции истерических расстройств. *Медицина и образование в Сибири*. 2007. Zabylina NA. Hysteria. Definitions of hysterical disorders. *Journal of Siberian Medical Sciences*, 2007. (In Russ.).
 25. Серебренникова ЛВ. Особенности коллективной и индивидуально-стрессорной психотерапии истерических неврозов, истерии, истероидной психопатии. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина*. 2010;4:115–118. Serebrennikova LV. Characteristics of collective and individual stress psychotherapy of hysterical neurosis, hysteria, hysterical personality disorder. *Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Medicine Series*. 2010;4:115–118. (In Russ.).
 26. Строев ЮИ, Чурилов ЛП. Водная истерия. *Здоровье — основа человеческого потенциала. Проблемы и пути их решения*. 2013;8(2):950–958. StroeV YuI, Churilov LP. Vodnaya isteriya. *Zdorov'e — osnova chelovecheskogo potenciala. Problemy i puti ih resheniya*. 2013;8(2):950–958. (In Russ.).
 27. Дюкова ГМ. Конверсионные и соматоформные расстройства в общей медицинской практике. *Медицинский совет*. 2013;2(2):50–59. Dyukova GM. Konversionnye i somatofornnye rasstrojstva v obshchej medicinskoj praktike. *Medicinskij sovet*. 2013;2(2):50–59. (In Russ.).
 28. John G. Allen John Wiley & Sons, Chichester, West Sussex. 1st ed. 2001:484. https://doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00006.x
 29. Cardeña E, Spiegel D. Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *Am. J. Psychiatry*. 1993;150(3):474–478. https://doi:10.1176/ajp.150.3.474.
 30. Ehlers, Clark. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav. Res. Ther*. 2000;38(4):319–345. https://doi:10.1016/s0005-7967(99)00123-0.
 31. Frankel, Hypnotizability and dissociation. *Am. J. Psychiatry*. 1990;147(7):823–829. https://doi:10.1176/ajp.147.7.823.
 32. Kihlstrom J. One hundred years of hysteria. In: Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives. Lynn S., Rhue J., Eds.; Guilford: New York, NY, USA; 1999:365–394.
 33. Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, et al. Dissociation, somatization, and affect regulation: The complexity of adaptation to trauma. *Am. J. Psychiatry*. 1996;153:83–93. https://doi:10.1023/a:1024800212070.
 34. Allen JG, David A Console, Lewis L. Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Compr. Psychiatry*. 1999;40(2):160–171. https://doi:10.1016/s0010-440x(99)90121-9.
 35. Brown RJ. Dissociation and functional neurologic disorders. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016;139. (3rd serie) Functional Neurologic Disorders. Ch. 8. https://doi:10.1016/B978-0-12-801772-2.00008-4.
 36. Holmes E. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical impli-

- cations. *Clinical Psychology Review*. 2005;25:1–23. [https://DOI: 10.1016/j.cpr.2004.08.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006) 29.
37. van der Hart O, Witztum E, Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress*. 1993;6(1):43–64. [https://Doi:10.1002/jts.2490060106](https://doi.org/10.1002/jts.2490060106) 29.
 38. Заваденко НН, Симашкова НВ, Смудевич АБ и др. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;114(12):12–22. [https://doi:10.17116/201411412112-22](https://doi.org/10.17116/201411412112-22).
Zavadenko NN, Simashkova NV, Smulevich AB, et al. Dissociative responses in the development path of schizotypal personality disorder (on the model of nosogeny in cancer patients). *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(12):12–22. (In Russ.). [https://doi:10.17116/201411412112-22](https://doi.org/10.17116/201411412112-22).
 39. Frank W. Putnam. *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. Guilford Press; 1997.
 40. Дмитриева ТБ, Иммерман КЛ, Качаева МА, Ромасенко ЛВ. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. М.: Медицина; 2003.
Dmitriyeva TB, Immerman KL, Kachayeva MA, Romasenko LV. *Kriminalnaya agressiya zhenshchin s psikhicheskimi rasstroystvami*. М.: Meditsina; 2003. (In Russ.).
 41. Антонян ЮМ, Верещагин ВА, Козюля ВГ. Типология осуждённых с психическими аномалиями (психиатрические и криминологические аспекты). *Российский психиатрический журнал*. 1998;4(1):11–16.
Antonyan YuM, Vereshchagin VA, Kozyulya VG. *Tipologiya osuzhdennykh s psikhicheskimi anomaliami (psikiatricheskiye i kriminologicheskiye aspekty)*. *Rossiyskiy psikiatricheskij zhurnal*. 1998;4(1):11–16. (In Russ.).
 42. Бурмистрова ГА. О влиянии психогении на течение шизофрении. В сб.: *Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии*. Куйбышев; 1957:240–246.
Burmistrova GA. *O vliyaniy psikhogenii na techeniye shizofrenii*. V sb.: *Aktual'nyye problemy nevropatologii i psikiatrii*. Kuybyshev; 1957:240–246. (In Russ.).
 43. Shaner A. Postpsychosis posttraumatic stress disorder. *Journal of nervous and mental disease*. 1991;(11)179–210.
 44. Shore JH, Vollmer WM, Tatum EI. Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J. Ment. Dis.* 1989;177:681–685. [https://doi:10.1097/00005053-198911000-00004](https://doi.org/10.1097/00005053-198911000-00004).
 45. Лакосина НД. Клинические варианты невротического развития. М.: Медицина; 1970.
Lakosina ND. *Klinicheskiye varyanty nevroticheskogo razvitiya*. М.: Meditsina; 1970. (In Russ.).
 46. Ушаков ГК. *Пограничные нервно-психические расстройства* М.: Медицина; 1978.
 47. Морозов ГВ. *Ступорозные состояния (психогенные и кататонические)*. Москва; 1968.
Morozov GV. *Stuporoznyye sostoyaniya (psikhogennyye i katatonicheskiye)*. Moskva; 1968. (In Russ.).
 48. Шубина НК. О специфичности ситуационных факторов в развитии реактивных состояний у психопатических личностей. В сб.: *Актуальные проблемы пограничной психиатрии*. Москва-Витебск; 1989;2:18–20.
Shubina NK. *O spetsifichnosti situatsionnykh faktorov v razvitii reaktivnykh sostoyaniy u psikhopaticheskikh lichnostey*. *Aktualnyye problemy pogranichnoy psikiatrii*. Moskva-Vitebsk; 1989;2:18–20. (In Russ.).
 49. Caroli F. Emergency psychiatry. Suicidal tendency obsessions. *Rev. Prat.* 2003;53(11):1177–1179.
 50. Hoch PH, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q.* 1949;23:248–276. [https://doi:10.1007/bf01563119](https://doi.org/10.1007/bf01563119).
 51. Личко АЕ. *Психопатии и акцентуации характера у подростков*. М.: Речь; 2010.
Lichko AYe. *Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov*. М.: Rech; 2010. (In Russ.).
 52. Millar W. Hysteria; a re-evaluation. *J. Ment. Sci.* 1958;104(436):813–821. [https://doi:10.1192/bjp.104.436.813](https://doi.org/10.1192/bjp.104.436.813).
 53. Chodoff P, Lyons H. Hysteria, the hysterical personality and «hysterical» conversion. *Am. J. Psychiatry*. 1958;114:734–740. [https://doi:10.1176/ajp.114.8.734](https://doi.org/10.1176/ajp.114.8.734).
 54. Koehler K. Borderline syndrome, neuroses and personality disorders. A comparative study based on research-oriented criteria for borderline schizophrenia. *Nervenarzt*. 1982;53(9):519–523.
 55. Petrilowitsch N, Baer R. Psychopatie 1945 bis 1966. *Fortschr Neurol*. 1967:35–557.
 56. Фильц АО. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели) В кн.: *Ипохондрия и соматоморфные расстройства*. Под ред. А.Б. Смудевича. 1991.
Filts AO. *Somatofornnyye rasstroystva (sovremennyye metodologicheskiye podkhody k postroyeniyu modeli)*. Monografiya «Ipkhondriya i somatomorfnyye rasstroystva». Pod red. A.B. Smulevicha. 1991. (In Russ.).
 57. Мягер ВК, Бобкова ВВ. Клинико-электроэнцефалографические данные в анамнезе причин рецидивов неврозов. В сб.: *Неврозы и пограничные состояния*. Л.; 1972:31–35.
Myager VK, Bobkova VV. *Kliniko-elektroentsefalograficheskiye dannyye v anamneze prichin retsidivov nevrozov*. *Nevrozy i pogranichnyye sostoyaniya*. L.; 1972:31–35. (In Russ.).
 58. Немлихер ЛЯ. *Неврастения и истерия*. Харьков: Научная мысль; 1928.
Nemlikher LYa. *Nevrasteniya i isteriya*. Kharkov: Nauchnaya mysl; 1928. (In Russ.).

59. Зачепицкий РА. О понятии невроз В сб.: Вопросы современной психоневрологии. Л.: Издательство института им. В.М. Бехтерева; 1968:186–195.
Zachepitskiy RA. O ponyatii nevroz. Voprosy sovremennoy psikhonevrologii. L.: Izdatelstvo instituta im. V.M. Bekhtereva; 1968:186–195. (In Russ.).

60. Жариков НМ. Эпидемиологические исследования в психиатрии. М.: Медицина, 1977.
Zharikov NM. Epidemiologicheskiye issledovaniya v psikhiiatrii. M.: Meditsina; 1977. (In Russ.).

Информация об авторе

Попов Сергей Максимович, младший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
E-mail: grayropov@gmail.com

Information about the author

Sergey M. Popov, Junior Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia
E-mail: grayropov@gmail.com

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Попов Сергей Максимович/Sergey M. Popov
E-mail grayropov@gmail.com

Дата поступления 09.04.2019
Date of receipt 09.04.2019

Дата принятия 10.09.2019
Accepted for publication 10.09.2019