|  |
| --- |
|  |
|  |
| **«Алгоритмы диагностики истерических форм реакций для эндогенных психических заболеваний»** |
| *Учебно-методическое пособие*Бархатова А.Н., Попов С.М. |
| **Москва 2021** **Аннотация** Разработка диагностического алгоритма позволяющего учесть синдромологическую и нозологическую приверженность феноменов истерии позволит с большей точностью выявлять и прогнозировать закономерности дальнейшего течения заболевания, его возможный исход и, в соответствии с этим, подобрать наиболее правильные и узконаправленные лечебно-диагностические процедуры, и схемы психофармакологического воздействия, которые будут обеспечивать больший терапевтический успех |

Учебно-методическое пособие разработано на основании клинического анализа 120 историй болезни больных, поступивших в клинку ФГБУ НЦПЗ в период 2019-2021 гг в диагнозом эндогенного расстройства аффективного и шизофренического спектров и проявлениями истерического симптомокомплекса в рамках структуры указанных психопатологических состояний и направлена на разработку алгоритмов ранней диагностики выявления эндогенных расстройств, протекающих с истерическими расстройствами половой идентификации.

Предложенные алгоритмы рекомендуются к внедрению в работу амбулаторно-поликлинической службы психоневрологических диспансеров, врачей общей практики, а также научных сотрудников, сотрудников профильных кафедр, в работу психологов, для обучения в рамках работы кафедр психиатрии и медицинской психологии медицинских ВУЗов.

**Введение**

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.

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

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. 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 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 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 сложившееся вокруг концепции истерических синдромов недопонимание, но и способствуют сохранению этой проблемы.

**Основная часть.**

Изучение истерических расстройств связано с серьезными диагностическими трудностями, ассоциированными с разнообразием проявлений истерических симптомов или синдромов и их тенденцией к вариабельности. 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, представленную диссоциативными и конверсионными расстройствами как транзиторными, так и константными.

Трудностью дифференциальной диагностики является сочетание истерических расстройств с другими симптомами, синдромами или заболеваниями, например, аффективными, шизофренией, психосоматическими расстройствами, психопатоподобными, соматическими, органическими. 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. В последние три десятилетия в научных исследованиях заметен дефицит работ, посвященных сопряженности истерических расстройств с иной психопатологической симптоматикой в рамках эндогенных психических заболеваний. Работы последних лет посвящены изучению негативных изменений личности при истерошизофрении [1, 2, 3]. 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 [4, 5, 6, 7, 8].

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 в динамике.

**Цель** настоящего исследования заключается в разработке алгоритма диагностики истерических состояний с позиции их психопатологической структуры в сопоставлении с особенностями течения эндогенных психических заболеваний, для построения прогностически емких типологических моделей, а также, на основании полученных данных, совершенствование профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Материал и методы исследования.**

Исследование проводилось на базе ФГБНУ НЦПЗ в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний. Была обследована группа из 120 пациентов (82 женщины и 38 мужчин) в возрасте от 18 до 55 лет, поступивших на стационарное лечение в связи эндогенным психическим расстройством аффективного спектра (F31.XXX, F32.XXX, F33.XX, F34.X по МКБ-10) или шизофрении (F20.XXX, F21.X, F25.XX по МКБ-10), в структуре которых был выявлен синдром истерических расстройств.

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический, в качестве дополнительных инструментов использовались психометрические шкалы (шкала Гамильтона, шкала PANSS), клинико-катамнестический, статистический, клинико-психометрический.

**Критерии включения пациентов.**

Пациенты обоих полов в возрасте от 18 до 55 лет на момент госпитализации; наличие эндогенного психического расстройства в анамнезе (F20.XXX, F21.X, F25.XX, F31.XXX, F32.XXX, F33.XX, F34.X по МКБ-10); присутствие в картине заболевания диссоциативно-конверсионной или соматоформной симптоматики.

 В качестве **критериев не включения** выступали: наличие выраженной соматической или неврологической патологии (острых или тяжелых хронических соматических и инфекционных заболеваний, нейроинфекции, эпилепсии, органическое поражение ЦНС любой этиологии, черепно-мозговой патологии); наличие диагноза расстройства личности (F60-69 по МКБ-10).

**Результаты и обсуждение.**

В исследовании были проанализированы психопатологические особенности истерических симптомокомплексов, формирующихся в структуре эндогенных психических расстройств (непрерывнотекущей, приступообразной, приступообразно-прогредиентной, малопрогредиентной шизофрении, а также заболеваний аффективного регистра) на разных 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 соотношения истерических симптомов и их взаимовлияния на другие психопатологические образования.

В исследуемых клинических и катамнестических группах пациентов были установлены следующие феноменологические разновидности истерического симптомокомплекса. Их характеристика представлена на основании ранее разработанных критериев [9, 10, 11]. Выявлены четыре ключевых паттерна истерических расстройств. Первый был представлен конверсионной симптоматикой (40,8%), второй – диссоциативной симптоматикой (7,5%), третий был представлен сочетанием первых двух (31,7%), а четвертый - соматоформными расстройствами (20,0%).

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.

 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.

Во всех случаях развитию истерической симптоматики предшествовала психогенная провокация. В этом качестве, как правило, выступали трудности на работе или учебе (20,00%), конфликтные ситуации во взаимоотношениях с близкими (27,14%), смерть родственников (17,14%), измена в супружеской паре (10,00%), изменения в социокультурных условиях (4,29%), соматогенная провокация (5,71%), физическое насилие (8,57%), несчастный случай (ДТП, производственная травма и т.д.) (7,14%).

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.

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: 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%).

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 [12].

В рамках соматоформных расстройств отмечались нарушения дыхательной системы (в 11,43% случаев) - икота, кашель, часто сочетающийся с чиханием и зеванием, учащенное заглатывание воздуха (истерическая аэрофагия), гипервинтеляция, нарушения сердечно-сосудистой системы (11,43%) – синдром кардионевроза, алгические явления имитирующие 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 имитирующие расстройства дерматологического характера и опорно-двигательного аппарата (4,29%).

К клиническим проявлениям диссоциативных расстройств, выявленных в ходе исследования, относились большой истерический припадок со снижением уровня сознания (в 4,29% случаев), истерический ступор (24,29%) и истерическое возбуждение (12,86%), истерическая деперсонализация (7,14%), амбулаторные автоматизмы (2,86%), истерическая псевдодеменция (25,71%), истерические галлюцинации (5,71%), синдром истерических бредоподобных фантазий (7,14%).

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.

**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±10,15 лет. Длительность аффективных фаз в среднем составляла 6,3±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.

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 реакции 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.

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.

В рамках формирования ремиссии истерическая симптоматика полностью редуцировалась в 18 клинических случаев (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.

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.

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 сопровождались 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 выраженными размышлениями о желании «забыться» в связи с длительным действием триггера психотравмирующей ситуации. Также выявлялась форма аутоагрессивного несуицидального поведения в виде нанесения самопорезов без ощущения эйфории с целью снижения аффективного напряжения в основном психогенного генеза.

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.

Оценка депрессии по шкале Гамильтона на высоте состояния составляла в среднем 31,5±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.

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.

**Истерические расстройства, сопряженные с психотической симптоматикой.**

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

Истерические расстройства, сопряженные с психотическими состояниями, демонстрировали черты вычурности и гротесконости, 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 регредиентной динамикой.

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.

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. 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.

Аффективная симптоматика в структуре психотического приступа, характеризовалась полиморфизмом и дисгармоничностью проявлений. Депрессивная триада носила черты атипии, 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±10,3 баллов при поступлении и 45±2,9 баллов при выписке.

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. 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.

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. Галлюцинаторно-бредовые расстройства, возникая на фоне сформированной ранее диссоциативно-конверсионной симптоматики, перенимали структуру и фабулу этих расстройств, создавая впечаление единого психопатологического симптмокомплекса. Такие расстройства преимущественно развивались на фоне тревожно-фобического депрессивного состояния. 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.

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.

**«Кастовая» истерическая симптоматика.**

«Кастовая» истерическая симптоматика подразумевала существование сепарации, обособленности от психопатотогической симптоматики других регистров.

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

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.

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 (симпатоадреналовые, вагоинсулярные, смешанные кризы), и функциональные нарушения деятельности внутренних органов и систем (тахикардия, диспноэ, дискинезии желчных путей и др.).

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, обессивно-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 заболевания – скоротечное, яркое нарастание (страх смерти, паника, чувство обреченности, беспомощности).

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. 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.

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 реакции.

Оценка депрессии по шкале Гамильтона на высоте состояния составляла в среднем 30±4,24 баллов, что соответствовало депрессивному расстройству средней степени тяжести (Hamilton M.). 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±5,5 балла при поступлении и 47,5±4 балла при выписке).

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.

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».

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.

\*\*\*

При анализе распределения и психопатологического профиля истерической симптоматики при разных нозологических формах было обнаружено, что в аффективной нозологической группе истерическая симптоматика проявлялась преимущественно конверсионными нарушениями, с малыми включениями диссоциативной природы, а также в данной группе отмечалось преобладание соматоформных расстройств по сравнению с группой шизофрении. В зависимости от характера и структуры возникающих истерических расстройств были выделены три варианта формирования аффективного синдрома: тревожно-ипохондрический, апато-адинамический и истеродепрессивный, от которых в дальнейшем зависело течение и исход эндогенного заболевания. Истерическая симптоматика выявляла отчетливую психопатологическую взаимосвязь с осевым аффективным синдромом в отношении течения и последующего редуцирования.

В клинической группе биполярного аффективного расстройства истерическая симптоматика возникала исключительно в депрессивных фазах, не проявляясь в маниакальных. В катамнезе у пациентов этой группы отмечалась слабая связь между массивностью истерических проявлений и неблагополучной 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 патохарактерологических истерических реакций, представленных аффективной лабильностью и стрессиндуцированными «малыми конверсионными расстройствами» (парестезии, анестезии, истералгии, истерический «ком», соматоформные дисфункции) которые в катамнестическом исследовании постепенно встраивались в реагирование больных, не нарушая социально-трудовую адаптацию.

В клинической группе рекуррентного депрессивного расстройства 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 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 на первых годах заболевания 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 трудоспособность. В катамнестическом периоде наблюдения у больных выявлялось углубление патохарактерологических истерических черт в сторону психопатизации с полным замещением ядерной личности, что приводило к обеднению социальных контактов, в связи с чем, в последующем отмечалось обеднение истерической симптоматики с 7±2,4 года заболевания.

В нозологической группе шизофрении отмечалось преобладание истерических расстройств сочетанной диссцоиативно-конверсионной структуры, а также отдельно конверсионных расстройств. Истерическая симптоматика характеризовалась развитием в субпсихотическом периоде и полностью редуцировалась на высоте формирования психотического состояния. Истерическая симптоматика напрямую коррелировала с формирующимися продуктивными расстройствами, являясь фундаментом развития тех или иных психотических явлений.

В клинической группе шизофрении параноидной с эпизодическим течением истерическая симптоматика отмечалась исключительно в структуре аффективных фаз и психотических приступов, имела вычурный и клишированный характер проявлений, повторяя картину предшествующих приступов. 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 5±2,1 годы болезни истерический радикал личности позволял пациентам добиваться высокого социального уровня. В ремиссионном периоде у больных отмечались стойкие и ригидные истерические поведенческие установки по типу изменения влечений с пуэрильностью, зависимостью, обидчивостью, которые со временем формировали психопатоподобный сенситивный истерический дефект личности.

В клинической группе шизотипического расстройства 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 истерическим реакциям, личность больных приобретала шизоидные и истероформные черты, формировались негативные изменения личности по типу психопатоподобного дефекта.

\*\*\*

В рамках исследования были рассмотрены особенности личностной организации и протекания мыслительной деятельности у пациентов с истерическими расстройствами на фоне развития эндогенного психоза и аффективной фазы заболевания. Пациентам из типологической группы истерических расстройств сопряженных с аффективной симптоматикой, с психотической симптоматикой и группы пациентов с «кастовой» истерической симптоматикой был предложен ряд методик, на материале которых были описаны структура личностных убеждений и особенности когнитивных процессов. Были обсуждены корреляционные связи личностных убеждений различных типов и когнитивных особенностей испытуемых.

Структура личности пациентов с истерическими расстройствами на фоне развития эндогенного психоза и аффективной фазы заболевания сложнее, чем предполагалось. Есть определенная «коморбидность»истерических проявленийс другими личностными установками. Данные корреляционного анализа говорят о том, что личностные убеждения истерического типа положительно связаны с убеждениями зависимого, пограничного и нарциссического типа; чем ярче выражены признаки пограничного, нарциссического и зависимого типов личности, тем выше показатели истерического компонента.

Гипотеза №1 о связи степени проявления истерических черт и способности к операциям моделирования и оценивание результатов нашла статистическое подтверждение. 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, 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.

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 [Ганнушкин, 1998].

Более низкие показания по шкале оценивания результатов свидетельствуют оменьшей 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. 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 сопряжения с психотической симптоматикой свидетельствуют о том, что респонденты обладают большей пластичность 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. 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 ввиду, что личностные убеждения истерического типа положительно связаны с убеждениями зависимого и пограничного типов, можно сделать осторожные выводы о наличие косвенной зависимости. Однако этот тезис нуждается в дальнейшем исследовании и проверке.

Гипотеза №2 о связи степени выраженности личностных убеждений истерического типа и чувствительность к противоречиям не подтвердилась статистически. 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» показал, что пациенты из группы сопряжения с психотической симптоматикой в среднем обладают меньшей чувствительностью к противоречиям, чем респонденты из группы сравнения и контрольной группы.

Также установлено наличие разнонаправленной динамики в группах сопряжения истерических расстройств с психотической 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.

Гипотеза №3 о том, что в рассказах испытуемых из группы сопряжения с психотической симптоматикой будет статистически значимо больше оценочных суждений в отношении описываемых ситуации подтвердилась. Их рассказы отличались амбивалентностью – с одной стороны, пациенты этой группы 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.

Гипотеза №4 о том, что личностные убеждения у пациентов стабильны, на них не оказывает существенного влияниям терапия, которые пациенты получают в ходе пребывания в стационаре подтвердилась частично. В группе истерических расстройств, сопряжённых с психотической симптоматикой, во втором тестировании нашло статистическое подтверждение увеличение показателя по шкале личностных убеждений навязчивого типа.

Гипотеза №6о том, чтона фоне терапии в ходе пребывания в стационаре у пациентов к концу лечения будет наблюдаться изменение характеристик осуществления когнитивной деятельности подтвердилась. В группе сопряжения с психотической симптоматикой по шкалам чувствительности 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.

**Заключение.**

Психопатологический анализ проведенного исследования позволил выделить три варианта сопряженности 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 регредиентная 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.

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.

«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.

Отмеченные 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. Подводя итог анализа данных о течении и сопряжении истерических расстройств с эндогенными заболеваниями аффективного круга и шизофрении можно отметить, что полученные данные в целом свидетельствуют о больших различиях в характере течения истерических расстройств и исходах эндогенного заболевания.

**Рекомендованная литература:**

1. Смулевич А.Б. Расстройства личности (психопатии). Руководство по психиатрии. Под ред. акад. РАМН А.С.Тиганова. М.: Медицина, 1999; т. 1, гл. 2:558–602. [Smulevich A.B. Rasstroystva lichnosti (psikhopatii). Rukovodstvo po psikhiatrii. Pod red. akad. RAMN A.S.Tiganova. M.: Meditsina. 1999; t. 1. gl. 2:558–602, In Russ.]
2. Дубницкая Э.Б., Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния (Обзор литературы) - Журнал невропатологии и психиатрии, 1986, вып. 2, с. 282-287. [Dubnickaya E.B., Maloprogredientnaya shizofreniya i pogranichnye sostoyaniya (Obzor literatury) - Zhurnal nevropatologii i psihiatrii, 1986, vyp. 2, s. 282-287, In Russ.]
3. Жилин В.О., Истерошизофрения (дефицитарные расстройства, клиника, терапия), Диссертация кандидата медицинских наук, 2021. [ZHilin V.O. Isteroshizofreniya (deficitarnye rasstrojstva, klinika, terapiya), Dissertaciya kandidata medicinskih nauk, 2021, In Russ.]
4. Чиковани Г.О., Пароксизмальноподобные расстройства при эндогенных психических заболеваниях, Диссертация кандидата медицинских наук, 1997. [CHikovani G.O., Paroksizmal'nopodobnye rasstrojstva pri endogennyh psihicheskih zabolevaniyah, Dissertaciya kandidata medicinskih nauk, 1997, In Russ.]
5. Ильина Н.А., Шизофренические реакции, Диссертация кандидата медицинских наук, 2004. [l'ina N.A., SHizofrenicheskie reakcii, Dissertaciya kandidata medicinskih nauk, 2004, In Russ.]
6. Перчаткина О.Э., Истерические состояния, Диссертация кандидата медицинских наук, 2004. [Perchatkina O.E., Istericheskie sostoyaniya, Dissertaciya kandidata medicinskih nauk, 2004, In Russ.]
7. Пшеничных И.В., Коморбидные аффективные и диссоциативные расстройства, Диссертация кандидата медицинских наук, 2006. [Pshenichnyh I.V., Komorbidnye affektivnye i dissociativnye rasstrojstva, Dissertaciya kandidata medicinskih nauk, 2006, In Russ.]
8. Даниленко О.А., Динамика истероформной симптоматики у больных шизофренией и шизотипическим расстройством, Диссертация кандидата медицинских наук, 2011. [Danilenko O.A., Dinamika isteroformnoj simptomatiki u bol'nyh shizofreniej i shizotipicheskim rasstrojstvom, Dissertaciya kandidata medicinskih nauk, 2011, In Russ.]