

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»

*На правах рукописи*

Лукьянова Елена Владимировна

ИСТЕРИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В СТРУКТУРЕ  
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА  
(клинико-динамический и реабилитационный аспекты)

Специальность 14.01.06-«Психиатрия»

Диссертация

на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук,  
член-корреспондент РАН  
Бохан Николай Александрович

Томск

2015

Введение .....	4
Глава 1. МЕСТО ИСТЕРИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ...	11
1.1. Соотношение психического и соматического компонентов при проявлениях истерии .....	12
1.2. Роль климактерического возраста у женщин в фиксации исте- рических проявлений и формировании непсихотических пси- хических расстройств .....	18
1.3. Трансформация в понимании истерических проявлений и истерии в современных классификациях .....	24
1.4. Особенности истерических проявлений в климактерическом возрасте .....	29
1.5. Проблемные вопросы диагностики и терапии у женщин кли- мактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств .....	32
Глава 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	44
2.1. Характеристика материала, принципы клинического исследо- вания .....	48
2.2. Методы исследования .....	50
2.3. Статистическая обработка данных .....	51
Глава 3. ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН С ИСТЕРИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕ- НИЯМИ. НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ И СИМПТОМАТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗ- РАСТА С ИСТЕРИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ .....	52
3.1. Социально-демографическая характеристика женщин климак- терического возраста с истерическими проявлениями в структу- ре непсихотических психических расстройств .....	53
3.2. Факторы, определяющие особенности личности в преморбиде, у пациенток климактерического возраста с истерическими про- явлениями в структуре непсихотических психических рас- стройств .....	61
3.3. Психотравмирующие факторы у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихо- тических психических расстройств .....	66
3.4. Клинические признаки истерических проявлений в структуре непсихотических психических расстройств у пациенток климак- терического возраста .....	73

3.5. Нозологическая структура и симптоматика непсихотических психических расстройств у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями .....	78
Глава 4. ВЗАИМОСВЯЗЬ ИСТЕРИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ТИПАМИ РЕАГИРОВАНИЯ В КРИЗИСНЫХ (ПСИХОГЕННЫХ) СИТУАЦИЯХ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ .....	84
4.1. Типы реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств .....	84
4.2. Взаимосвязь истерических проявлений в структуре непсихотических психических расстройств у женщин климактерического возраста с климактерическими нарушениями и профилем личности .....	106
Глава 5. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИСТЕРИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ .....	122
5.1. Субъективно значимые факторы как предиспозиционные корреляты терапии женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств .....	122
5.2. Принципы терапевтической направленности, этапы и программы комплексной терапии у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств .....	128
5.3. Тяжесть психопатологической симптоматики и динамика (улучшение) психического состояния в процессе терапии у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств .....	146
5.4. Эффективность реабилитации по результатам катамнеза женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств .....	154
Заключение .....	160
Выводы .....	177
Список использованной литературы .....	180

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Непсихотическая патология в России с 80-х годов повысилась более чем в 60 раз (Александровский Ю. А., 2011). В последнее десятилетие в РФ продолжается рост непсихотических психических расстройств (НППР) (Бохан Н. А., Мандель А. И. и др., 2011), в том числе среди женщин, как и во всем мире (Rinne T. et al., 2002; Zanarini M. C. et al., 2007). Увеличение доли и тяжести течения НППР связывают с разными факторами стресса (Кекелидзе З. И., 2001; Положий Б. С., Чуркин А. А., 2001; Смулевич А. Б. и др., 2008; Цыганков Б. Д. и др., 2009; Стоянова И. Я., Семке В. Я., Бохан Н. А., 2009; Семке В. Я. и др., 2010; Тиганов А. С., 2012; Pittenger C., Duman R. S., 2008).

По прогнозу ВОЗ, 46 % женщин к 2015 г. будут старше 45 лет. Указывается на формирование НППР в климактерическом возрасте (Менделевич В. Д., 2002; Серов В. Н., 2002, 2007; Lenzenweger M. F. et al., 2007), особенно в связи с высокой психологической уязвимостью женщин (Дмитриева Т. Б. и др., 2001). До 50 % женщин страдают климактерическими нарушениями (Кулаков В. И., Сметник В. П., 2005), часто выступающими фактором стресса (Bolton E. E. et al., 2006), провоцирующими или заостряющими психические расстройства (Тювина Н. А., 2000; Weber B. et al., 2000; Sansone R. A. et al., 2011): диссоциативные (Пустовойт М. М., 2000; Ткаченко Н. Т., 2002; Freyberger H. J. et al., 2005), конверсионные (Дубницкая Э. Б., 2000; Колесин Д. В., 2002; Циркин С. Ю. и др., 2002; Stone J., 2005), психоэмоциональные (Мосягина И. В., 2009), психовегетативные (Татевосян А. Г., 2002), депрессивные (Bosworth H. V. et al., 2001; Mercer D. et al., 2009), аффективные (Дзеружинская Н. А., 2002; Краснов В. Н., 2011). Со снижением защитно-приспособительных механизмов у женщин в климактерическом периоде и патологическим реагированием на воздействие стрессогенных ситуаций (Сметник В. П. и др., 2004; Вихляева Е. М., 2006; Skodol A. E. et al., 2003) связано развитие ассоциированных с менопаузой НППР. Вместе с тем остаются недостаточно изученными особенности проявлений истерии в связи с их поливариантностью (Перчаткина О. Э., 2005; Обеснюк О. А., 2007; Семке В. Я.,

2008; Платонов Д. Г., Нохрина Л. Я., 2008; Bandera A., 2004; Friedel R. O., 2006), особенно в климактерическом возрасте (Батурич К. А. и др., 2006; Волель Б. А., 2007, 2009; Поляковская Т. П., 2011; Медведев В. Э., 2011; Ряховский В. В., 2011; Stone J., 2005; Gunderson J. G. et al., 2011).

**Степень разработанности темы исследования.** В климактерии психические (Тахташова Д. Р., 2005; Сметник В. П., 2006; Кустаров В. Н., 2006) и конверсионные (Halligan P. W., 2001) расстройства встречаются более чем у трети женщин и повышается риск развития НППР (Чуданов С. В., 2003; Мосягина И. В., 2009; Alexander J. L. et al., 2007). Климактерические нарушения сопровождаются соматическими (Guthrie J. R. et al., 2001; Woods N., 2007), депрессивными (Дмитриева Т. Б., Качаева М. А., 2001; Хархарова М. А., 2007; Юренева С. В., Каменецкая Т. Я., 2007; Тювина Н. А., 2011; Nolen-Hoeksema S., 2011; Tavakoli H. et al., 2014), ипохондрическими (Шайдукова Л. К., 2007; Смулевич А. Б. и др., 2008), психосоматическими (Белокрылова М. Ф., 2000; Кустаров В. Н. и др., 2006; Bengel J., 2003), соматоформными (Гиндикин В. Я., 2000; Собенников В. С., 2001; Березанцев А. Ю., 2001) расстройствами.

Сведения о выраженности тревожно-депрессивного и ипохондрического компонентов в клинической картине НППР у женщин климактерического возраста неоднозначны и противоречивы (Дмитриева Т. Б., Качаева М. А., 2001; Дзеружинская Н. А., 2002; Смулевич А. Б. и др., 2007; Шаповалов Д. Л., 2009; Dia D. A., 2006; Dienes K. A., 2008; Dennerstein L., 2008; Gunderson J. G. et al., 2011).

Данные российской и зарубежной литературы в плане дифференцированной психофармако- и психотерапии НППР требуют уточнения для пациентов разных возрастных и гендерных групп (Александровский Ю. А. и др., 2000; Семке В. Я., 2008; Abraham P. F., Calabrese J. R., 2008; Lieb K. et al., 2010; Feurino L., Silk K. R., 2011). Возрастает значимость комплексных программ персонализированной терапии для женщин климактерического возраста (Ripoll L. H. et al., 2011), в то же время вопросы достижения стойкой ремиссии у пациенток с НППР требуют дальнейшего изучения и аргументации.

Несмотря на имеющиеся публикации, проблема изучения клинико-динамического и реабилитационного аспектов у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР окончательно не решена и требует дальнейших исследований для получения результатов по оптимизации ведения таких пациенток. Более глубокого исследования требуют условия формирования истерического радикала личности в преморбиде, определение психотравмирующих детерминант, способствующих заострению истерических черт у женщин с наступлением климакса, взаимосвязь истерических проявлений в структуре НППР с климактерическими нарушениями. Большое значение имеет разработка терапевтических и реабилитационных программ для женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР с опорой на патогенетически обоснованное комплексное лечение, особенно в связи с тем, что запоздалая диагностика и неадекватное лечение приводят к затяжным формам заболевания, увеличению принимаемых пациентками лекарственных средств и удорожанию лечения.

**Цель исследования** – клинико-динамическое изучение особенностей истерических проявлений в структуре непсихотических психических расстройств у женщин климактерического возраста с разработкой дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

**Задачи исследования**

1. Изучить клинико-психопатологические характеристики у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.
2. Определить индивидуально-типологические особенности женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.
3. Изучить роль психотравмирующих детерминант, ведущих к декомпенсации истерического радикала личности и способствующих формированию НППР у женщин климактерического возраста.
4. Исследовать типы реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.

5. Разработать и внедрить комплексные дифференцированные лечебно-реабилитационные программы для женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР; оценить их эффективность.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. У женщин климактерического возраста в структуре НППР в трети случаев отмечаются истерические проявления, которые носят полисимптомный, экстранозологический характер и являются следствием декомпенсации имеющихся ранее личностных особенностей.

2. Базовыми психотравмирующими детерминантами, определяющими усиление или появление истерической симптоматики в структуре НППР у женщин климактерического возраста, являются семейные, социальные, производственные факторы и фактор угрозы здоровью.

3. Тревожно-депрессивный и соматоипохондрический типы реагирования в кризисных (психогенных личностно значимых) ситуациях являются универсальными для всех женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР. Психопатоподобный тип реагирования встречается только у женщин климактерического возраста с истерическим расстройством личности.

4. Повышению эффективности программ реабилитации женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР способствует адекватный выбор психофармакотерапии в совокупности с психотерапией, направленной на устранение негативного опыта психотравматизации предыдущих периодов, тревоги и страха из-за наступления климакса, с обретением смысла жизни на новом онтогенетическом этапе на основе позитивного переосмысления.

**Научная новизна.** Комплексное клинико-психопатологическое, клинико-динамическое, экспериментально-психологическое изучение позволило определить становление и характер течения истерических проявлений в структуре НППР у женщин климактерического возраста. По результатам изучения механизмов реагирования на психогении в кризисных (психогенных) ситуациях, за-

фиксируемых на предыдущих этапах онтогенеза и повторившихся в климактерическом возрасте, у женщин с истерическими проявлениями в структуре НППР впервые выделены следующие типы реагирования: тревожно-депрессивный, соматоипохондрический, психопатоподобный. Определены семейные, производственные, социальные факторы риска, ведущие с наступлением климакса у женщин к декомпенсации истерических черт личности и способствующие формированию НППР. Особенности динамики психопатологической симптоматики у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР с учетом выявленных у них индивидуально-типологических особенностей личности являлись основной мишенью при разработке программ комплексной реабилитации.

**Практическая значимость.** Полученные данные: 1) вносят вклад в изучение НППР у женщин с истерическими проявлениями в климактерическом возрасте, расширяя имеющиеся представления о клинико-динамической характеристике и реабилитационном потенциале; 2) определяют значимость клинико-биологических, личностно-психологических и социально значимых факторов в формировании НППР у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями; 3) разработанный алгоритм ведения женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР в виде трех программ может использоваться в отделениях неврозов для оптимизации психиатрической помощи и повышения эффективности мер профилактики, с учетом предрасположенности женщин изучаемой выборки в преморбиде к истерическим проявлениям и нарастанием истерической симптоматики под влиянием психотравмирующих ситуаций, ослабляющих психологическую устойчивость женщин и приводящих в климактерическом возрасте к возникновению НППР.

Результаты работы направлены на своевременное выявление НППР у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями с последующей клинико-патогенетически обоснованной и дифференцированной фармако- и психотерапией с целью снижения риска их затяжного течения в связи



с климактерическими нарушениями (нейровегетативными, метаболическими, психоэмоциональными).

**Реализация и внедрение результатов.** Результаты работы используются в клинической практике первого клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья; внедрены в практику психиатрической службы ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница». Основные положения работы включены в программу обучения ординаторов НИИ психического здоровья и в учебную программу по психиатрии на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Томск).

**Апробация материалов диссертации.** Результаты и основные положения диссертационного исследования доложены на межотделенческой клинической конференции НИИПЗ СО РАМН (Томск, 2009); межрегиональной научно-практической конференции «Психическое здоровье семьи в современном мире» (Томск, 2009); региональной научно-практической конференции «Онтогенетические аспекты психического здоровья» (Омск, 2010); межрегиональной научно-практической конференции «Клиническая персонология в медицинской и социальной практике» (Томск, 2010); Российской научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии» (Чита, 2011); региональной научно-практической конференции «Современные направления в оказании психиатрической помощи населению Омской области» (Омск, 2012); XIV, XV, XVI Отчетных научных сессиях ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск, 2009, 2011, 2013); I, II, III и IV региональных конференциях молодых ученых и специалистов «Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения» (Томск, 2008, 2010, 2012, 2014).

**Публикации.** Опубликовано 18 работ, в том числе 7 статей – в реферируемых журналах, входящих в перечень ВАК РФ для публикации результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «психиатрия», и 2 зарубежных тезисов.

**Структура и объем.** Диссертация оформлена по национальному стандарту РФ ГОСТ Р7.0.11-2011. Изложена на 209 страницах, состоит из обзора литературы, 4 глав собственного исследования, заключения, выводов, проиллюстрирована 25 таблицами, 7 рисунками, 4 клиническими наблюдениями. Список литературы содержит 404 источника, в том числе 251 отечественных и 153 зарубежных авторов.

## МЕСТО ИСТЕРИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Интерес к истерии и истерическим проявлениям вызван высокой распространенностью психогенно обусловленных расстройств в современной жизни, создающих повышенное эмоциональное напряжение, определяющих тенденцию к росту непсихотических психических расстройств (Семке В. Я., Аксенов М. М., 1995; Александровский Ю. А., 2000; Карпухин И. Б., 2005; Смулевич А. Б., 2007; Одарченко С. С., 2009; Семке В. Я., 2010; Ключин М. Н., 2010; Дударева Е. А., 2011; Никитина В. Б., 2011; Потемкина Е. А., 2012).

По мнению Л. К. Шайдуковой (2013), «истерия в современном обличье создает не психическую форму дезадаптации, связанную с явной психопатологией, а социальную, личностную, трудовую и семейную формы дезадаптации. Часто она остается недооцененной, утяжеляя клинику и ухудшая прогноз».

В. Я. Семке (1981) описаны 3 этапа в учении об истерии: предыстория, клиничко-описательный, современный. На I этапе, по П. Жане (1911), к 1847 г. было около 50 определений истерии при отсутствии научных теорий её этиологии и патогенеза. На II этапе «клиницисты внесли порядок в... хаос, распределив симптомы по... группам». В рамках «большой истерии» Шарко и Рише выделены психотическая, невротическая, психопатическая формы. III этап – систематика и семиология истерических состояний, дифференциально-диагностические критерии, разработка профилактических и реабилитационных мероприятий. Большой вклад в решение этих вопросов внесли работы П. Б. Ганнушкина (1908, 1933), О. В. Кербикова (1952, 1965, 1971).

W. D. Abse (1966) издана монография по истерии и связанным с нею психическим расстройствам, которая в силу большого к ней интереса истерологов переиздана в 1987 г. Тема диссертационного исследования по философии М. Е. Addyman (1988) посвящена проявлениям истерии в историческом ракурсе (времена Шекспира в Англии). В диссертационном исследовании L. E. Camhi (1991) в рамках гендерной презентации рассматривались вопросы психоанализа

при истерии. Не ослабевает интерес к данной теме со стороны психиатров: «Неистовая matka: типичное исследование истерии и раннее психоаналитическое движение» (Hawkins E. L., 1978); «Функция и диагноз истерии в беллетристике XIX в. и медицинских текстах» (Perna S. F., 2002); «Истерия и нарциссизм» (Carper A., 2002); «Преобразования истерии» (Bandera A., 2004). К области прикладной психопатологии относится монография I. H. Coriat (1912) «Истерия Леди Макбет», где поведение героини интерпретируется истерическими особенностями. Исследование конверсий при истерии в историческом аспекте проведено С. J. Mace (1992). Генеральный секретарь Международного общества психотерапии А. Laengle в 2002 г. издал книгу под обобщенным названием «Истерия».

### 1.1. Соотношение психического и соматического компонентов при проявлениях истерии

Истерия всегда была в центре внимания медицины и общественных наук; в частности неврология и сексология появились вследствие развития знаний об истерии; на основе диалектического подхода к истерии и её проявлениям родился психоанализ (Арру-Ревиди Ж., 2006). Р. В. Bart et al. (1994) описывают стратегию («политику») изучения истерии, добавляя к своей статье подзаголовок «случай блуждающей матки», указывая на античный (дофрейдистский) дискурс истерии. С. Kahane (1989) в сборнике «Феминизм и психоанализ» рассматривает истерию во взаимосвязи с феминизмом. А. R. G. Owen (1971) в работе, вошедшей в сборник наследия Шарко, рассматривает методы лечения истерии путем гипноза. J. L. Pierce (1989), продолжая тему исследований Фрейда по проблемам истерии, изучает взаимосвязь эмоциональной сферы с истерическими проявлениями с позиций феминистской интерпретации.

В клинической психиатрии выделяют истерический невроз и истерическую психопатию, отличающиеся по глубине, выраженности и происхождению истерических проявлений. Для истерического невроза характерна соматизация конфликта в виде телесных недомоганий и ощущений, с частым появлением истерического «комка» в горле, обмороков.

Историк медицины Ильза Вейсс в историческом дискурсе об истерии (Veith I., 1977) сообщает, что «блюстителю религиозной чистоты» объявляли женщин с истерией и истерическими проявлениями ведьмами, светские же врачи считали истерию психической болезнью, требовавшей вмешательства психиатра.

Таблица – Краткая характеристика взглядов европейских и русских психиатров на истерию

Автор	Вклад в изучение истерии
Египетский папирус Кахуна (II в. до н. э.)	Истерия вызвана «голоданием» матки, «смещением вверх», «давлением на другие органы». Усилия врачей направлены на питание «голодающего» органа и возвращение его в нормальное положение
Аретей Каппадокийский (II в. н. э.)	Краткое описание истерии
Древний Рим	Причина истерии – неудовлетворение половых желаний. Для излечения римские матроны изобрели приём «конфрикация вульвы» (не что иное, как онанизм). Истерией страдают женщины; но как выяснили позже, и мужчины. Истерия – реакция на органический дисбаланс тела вследствие нарушения внутреннего ритма матки. Половое воздержание как причина заболевания, получение сексуального удовлетворения как лечение
С наступлением христианства	Сексуальное воздержание из причины болезни превратилось в добродетель, а сексуальное удовлетворение отвергли как способ исцеления
Средние века	Истерия есть проявление внутреннего зла и следствие первородного греха. Страдающего истерией уже не считали больным человеком с эмоциональными и физическими нарушениями. Истерия подпадала под церковные санкции (Veith I. Hysteria. 1965. С. 56). Истеричек обвиняли в колдовстве, называли ведьмами, подвергали пыткам и казням
Гиппократ	В сборнике медицинских трактатов «Гиппократовский корпус» высказывается предположение, что матка блуждает по телу в поисках влажности (Гиппократ. Этика и общая медицина, 2007)
Парацельс	Истерия лишает «людей разума»: «Ее причина... в том, что внутреннее питание и поддержание жизни матки осуществляется так, что происходит ее саморазрушение» (1533)
Т. Сиденхем	Описал ангионевротический отек (1681) как истерическое проявление
Карл Линней	В книге «Роды болезней» (1763) истерия описана вне рубрики патологии психики и отнесена к нарушениям моторных функций
Жозеф Бабинский	«Клиника истерии, роль самовнушения в ее развитии» (1886)
С. А. Суханов	«Истерический характер и истерические проявления». – СПб.: Практическая медицина, 1910. – 52 с.
Карл Бонгеффер	«О психогенных болезненных состояниях и процессах, наблюдаемых вне рамок истерии» (1911)
Поль Брике	430 наблюдений истерии в «Клинике и терапии истерии» (1859)
А. Вестфаль	«Зрачковые расстройства при истерии и кататонии» (1909)
Зигберт Ганзер	«Об одной форме истерического расстройства сознания» (1898) (истерическое сумеречное помрачение сознания с мимоговорением). «К учению об истерических расстройствах сознания» (1904)
Ж. Дежерин	«Роль эмоций в формировании клинических проявлений истерии (1910)»
Пьер Жане	«Ментальное состояние истериков» (1892). «О психике истеричных» (1893—1894). «Главный симптом истерии» (1907). «Истерия» (1911). Суть истерии – сужение поля сознания, расщепление сознания

Эрнст Кречмер	Концепция истерии на биологической почве («Об истерии», 1923)
Зигмунд Фрейд	«Об истерии у мужчин» (1886). Фрейд и Брейер «О психологическом механизме истерических феноменов» (1893). «Этюды по истерии» (1895). Психоанализ – предпочтительный метод лечения истерии
Ж. М. Шарко	Снимал симптомы истерии гипнозом и другими формами внушения; дал классическое описание клиники истерии (фаз клоунизма, страстных поз, выгибания дугой)
В. М. Бехтерев	«О лечении навязчивых идей гипнотическим внушением» (1892) – гипноз при истерии и навязчивостях. «О терапевтическом значении воспитания сочетательных рефлексов при истерических анестезиях и параличах» (1911). «Сочетательно-рефлекторная терапия анестезий, парезов и параличей при истерии» (1925)
Л. В. Блуменау	«Истерические стигматы и вырождение (к вопросу об истерии в войсках)» (1899): снижение рефлексов, гипестезия – функциональные признаки вырождения. «Истерия и её патогенез» нау. – Л., 1926. – 77 с.
В. М. Гаккебуш	«Среда и детская истерия» (1930)
Э. Крепелин	Истерия некурабельна (1895). Истерические расстройства связаны с неустойчивостью вегетативной системы, определяющей неадекватные психогении бурные соматические реакции (1915)
Т. А. Гейер	«К постановке вопроса об инволюционной истерии» (1927)
Оскар Бумке	«Современные течения в психиатрии» (1924) с краткой историей изучения истерии
П. П. Подъяпольский	Вызывал на спине испытуемого эритему при внушении воображаемого горчичника (1909)
П. И. Буль	«Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней» (1974). Описал «стигмы Христовы» – кровавые пятна на теле истериков по механизму самовнушения в момент религиозного экстаза
Н. Е. Введенский	Учение об истериозисе – повторный, длительный, даже слабый раздражитель может вызвать патологическое и патогенное возбуждение (1901)
И. П. Павлов	«Проба физиологического понимания симптоматики истерии» (1932). В основе истерии лежат слабость нервной системы, преобладание подкорковой деятельности над корковой. С этим связаны демонстративность, внушаемость и самовнушаемость. Сумеречное состояние истеричных подобно гипнотическому
П. Б. Ганнушкин	Особенности истеричных: стремление обратить внимание окружающих; ходульность, театральность, лживость, неестественность, неустойчивость эмоций, поверхностность, непрочность привязанностей, интересы неглубоки; воля не способна к долгому напряжению (1933)
К. И. Платонов	«Слово как физиологический и лечебный фактор» (1930)
Е. А. Шевелев	Относил к неврозам неврастенические и истерические состояния на инициальном этапе (1934)
Классификация болезней (АРА, 1934)	Рубрика неврозов включает истерию, психастению, неврастению, ипохондрию, депрессию
С. И. Гольденберг	При истерических проявлениях отмечал поверхностность и размытость истерической симптоматики, что в сравнении с классической истерией называл «деградацией истерии» (1938)
Э. Кречмер «Об истерии» (1923)	Механизм возникновения истерии: «психогенные формы реакций». В симптомах «желание болезни», «бегство в болезнь», нечто «поддельное», «дефект совести по отношению к здоровью»
Г. Е. Сухарева	В детстве истерики капризны, непослушны, с неустойчивым настроением, любят играть командную роль и агрессивны, если это не удается. Во взрослости у них могут развиваться психические расстройства (1955)

Психиатры советского периода	Среди невротозов истерию выделяли Т. И. Юдин, В. Н. Мясичев, Е. А. Попов, О. В. Кербиков, А. В. Снежневский, А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, Д. С. Озерецковский, А. М. Свядощ
Л. С. Выготский (1956)	Расстройства интеллекта при истерии есть расстройство целевого аппарата мышления, которое теряет самостоятельность и волевой характер. Истерик перестает управлять им, как не способен управлять поведением. В истерии процесс обратного развития функций
А. М. Свядощ	Истерия вызвана психической травмой, в её патогенезе лежит механизм «бегства в болезнь и условной приятности или желательности болезни» (1982). Оспаривал мнение, что среди 9 миллионов сожженных на кострах инквизиции большинство составляли больные истерией (1997)
М. Е. Бурно	При истерии стремление быть в центре внимания, эгоцентризм, холодность, лицемерие, интриганство, инфантильность, отсутствие мягкости, сердечности, нередко деловитость. Истерик находит себя в поэзии, живописи, актерском мастерстве (1976)
Б. Д. Карвасарский	Предложил классификацию невротозов, включая истерический (1980)
МКБ-8 (1978)	Истерический невротоз (300.1)
МКБ-9 (1992)	Истерический невротоз (300.11); синдром Ганзера истерический (300.12); тревожная истерия (300.2); расстройство личности истерического типа (301.5)
МКБ-10 (1998)	Диссоциативные [конверсионные] расстройства (F44), истерическое расстройство личности (F60.4)
В. И. Гарбузов «Истерический невротоз»(1977)	Истеричность – приспособление слабых, истерический невротоз встречается раньше других НППР; характерен для инфантильных, несамостоятельных, с низким уровнем развития
А. М. Вейн (1982)	Принципы функциональной неврологии позволяют исследовать патогенез и симптомообразование разных заболеваний, включая истерический невротоз
А. Якубик (1982)	Монография «Истерия»: психиатрические, психологические, культурные аспекты. Модель развития истерии. Развитие взглядов на истерию, современные концепции
В. А. Жмуров (1986)	Истерики недоверчивы к терапии, опасаясь расстаться с ролью больного. Любят «гипноз», целителей, окружают свою болезнь мистицизмом. Локальные вегетативные расстройства с истерической природой: «глобусная истерия», ложная беременность, икота, монокулярная диплопия, дисфагии
Ф. Александер	Глава в «Психосоматической медицине» (1995) «Конверсионная истерия...». Симптомы истерии индивидуальны, выражают вытесненное психологическое содержание
А. Б. Смудевич (2000)	Систематика невротозов: тревожно-фобические, истерические расстройства, невращения. Школьный невротоз, пресенильная ипохондрия, инволюционная истерия, инволюционный и климактерический невротозы
Ю. А. Александровский (2000)	Для истерии характерны эмоциональная лабильность, «вытесненная» тревога, чувствительность к средовым воздействиям, низкая гибкость адаптивных механизмов. Проявления в расстройствах движения (паралич)
В. П. Самохвалов (2002)	Истерия связана с воспитанием по типу «кумира семьи», культивированием демонстративных черт. Чаще встречается у женщин. С детства стремятся быть в центре внимания, жаждут похвалы и оценки. Отказ взрослых в выполнении желаний ребенка вызывает протест с демонстрацией падения, закатыванием глаз, прерывистым дыханием
В. Я. Семке (2008)	Истерическая болезнь как самостоятельная нозология. Синдром Манилова (1988) как вариант истерии со стремлением к бесплодному мечтательству, безволием. Реакция истериков на болезнь – жажда внимания

	и извлечение пользы от роли больного. Патоморфоз истерии – от «монашеских истерий», «эпидемий ведьм» в Средневековье до спиритизма и месмеризма в Европе, кликушества и сектантских радений в России в XIX в., функциональных неврологических расстройств и интеллектуализированных форм истерии в XX в., в последние годы – истеротрвожные проявления в структуре полиморфной психосоматики
--	--

Fritz Riemann (Риман Ф., 1998) дал градации при усилении истерических проявлений: 1) жизнерадостно-импульсивные, эгоистичные, с нарциссическими потребностями; 2) напористость и влечение к контактам; 3) лживость, театральность, бегство от реальности вплоть до афер (вечные подростки); 4) без женской/мужской структуры, не воспринявшие половой роли, часто с гомосексуальными склонностями (женщины с тенденциями мужененавистничества и мужчины-дон-жуаны; 5) фобии, тяжелые истерические проявления с психотической и соматической симптоматикой, не связанной с поражением органов или систем; б) экстремальные признаки истерического паралича.

S. Balaratnasingam, A. Janca (2006) в обзоре о массовой истерии (МИ) говорят о многообразии терминологии: «массовая психогенная», «массовая социогенная» болезнь. Диагностика и механизмы сопутствующих ей психических расстройств дискуссионны. Так как распространенность МИ в социуме повышает частоту непсихотической патологии, предлагается разработка превентивных мер для сдерживания массовых социогенных реакций.

Массовая истерия описана в работах А. Ali-Gombe et al. (1996), Y. Amin et al. (1997), в том числе с симптомами «коро» в Таиланде, когда пациент считает, что его пенис (грудь у женщины) уменьшается, а когда совсем втянется внутрь тела, придет смерть) (Jilek W. et al., 1977). N. Jacobs (1965) описал распространенность и последствия в обществе массовой истерии. S. Krug (1992) приводит клинический пример эпидемической истерии у учеников американской промежуточной школы. R. E. Bartholomew (1993) описал проявления эпидемической истерии в Швеции; R. E. Bartholomew, F. Sirois (1996) опубликовали международный обзор о случаях эпидемии истерии у школьников; S. Benaim et al. (1973) – истерические проявления у школьников во время урока; С. Ceschia et al. (1989) – «истеродемонопатическую» эпидемию в провинции Verzegnis в Италии;



M. Dhadphale et al. (1983) – эпидемическую истерию в школе как «таинственное безумие» у школьников в северо-западной провинции в Замбии; G. P. Guaraldi et al. (1995) – вспышку массовой истерии с обзором литературы по данной проблеме; J. P. Luaute et al. (2007) дискутируют по проблеме: эпидемическая ли это истерия или политически неправильный диагноз; H. S. Narayanan et al. (1980) приводит клиническое заключение об эпидемической истерии у 6 членов одной семьи. S. Pullela (1986) описывает вспышку эпидемической истерии в Ирландии. H. V. Roback et al. (1984) называют случай массовой истерии «эпидемическим огорчением на вечеринке по случаю дня рождения». Индийские авторы S. K. Mattoo et al. (2002) опубликовали наблюдение семейной истерии. В работе E. S. Roach et al. (2004) описана эпизодическая неврологическая дисфункция вследствие массовой истерии.

По М. В. Коркиной и др. (2007), нервная анорексия входит в структуру истерического невроза, сочетаясь с vomitofобией (боязнью рвоты). При истерических и астенических проявлениях отказ от еды обусловлен не коррекцией «излишней полноты», а страхом перед рвотой как формой реагирования.

N. Yarom (1997) в «Матрице истерии» обзревает психоаналитическую литературу по истерии в рамках концепции Фрейда и интегрирует Эдиповы концепции с заимствованными из теорий объектных связей, психологии Эго и межсубъективного подхода с акцентом на вопросах гендера и сексуальности.

Согласно Е. В. Гуткевич, В. Я. Семке, О. Э. Перчаткиной (2006), психометрические характеристики наследственной предрасположенности к истерическому реагированию позволяют прогнозировать выраженность психопатологических особенностей в семьях больных истерическими расстройствами.

M. L. Arnold (1972) с позиции нейробиологической теории связывал истерию с дисфункцией внимания и кратковременной памяти из-за повышенного кортикофугального торможения афферентной стимуляции (как при ипохондрии).

В сборнике «Hysterical Personality» (1977) под редакцией M. J. Horowitz отражено развитие понятия истеричной индивидуальности, описаны клинические симптомы и экстрасенсорные механизмы истерических проявлений.

P. Halligan et al. (2001) в монографии об истерии обозначили современные подходы с прогнозированием клинических и теоретических перспектив. S. B. Levine et al. (2004) в статье с подзаголовком «кризис в церкви» описывают психотерапевтический контакт священнослужителей и лиц с истерическими проявлениями в рамках этнокультурального направления.

О. В. Пережогой (2006) прослежен патоморфоз истерического расстройства со сглаживанием в катамнезе психопатических реакций, стереотипностью, утратой эмоциональности, присоединением других психических расстройств в связи с соматическими и атеросклеротическими изменениями.

О. В. Распономарева (2002) описала динамику истерии с подросткового возраста с акцентом на наследственности и влиянии микросоциума (воспитание по типу «кумира семьи»), с фиксацией истерических черт в пубертате, с кристаллизацией истерического радикала вследствие климактерических и соматических расстройств – от нестойкой ипохондрии до стойкого развития.

## 1.2. Роль климактерического возраста у женщин в фиксации истерических проявлений и формировании непсихотических психических расстройств

Пред- и постменопауза – переход от репродуктивного периода к пострепродуктивному с потерей детородной и угасанием гормональной функции. *Пременопауза* – после 45 лет, с климактерическими нарушениями до прекращения менструаций. *Менопауза* – последняя самостоятельная менструация. *Постменопауза* – отсутствие менструаций 1 год; ранняя (первые 2 года) и поздняя (более 2 лет) постменопауза. *Перименопауза* – пременопауза и 2 года после менопаузы. По В. М. Дильман (1983), климакс – это одновременно норма, так как он закономерен, и болезнь ввиду нарушения регуляции и снижения жизнеспособности организма.

10 % женщин находится в постменопаузе (Сметник В. П. и др., 2006), прогнозируется рост данного показателя до 47 млн к 2020 г. и до 1,2 млрд к 2030 г. Решение проблем климактерия – путь к сохранению здоровья и работоспособности женщин (Тихомиров А. Л., Олейник Ч. Г., 2003).

Климактерий (климакс, климактерический период) закладывает основу патологических состояний психической системы. Угасание функции яичников, снижение уровня эстрогенов способствует старению (Максимова Н. Е., 2007; Ряховский В. В., 2011). Механизмами полиморбидности объясняются патологические процессы и ухудшение соматической патологии в климаксе (Гилева В. В., 2009). Психиатры (Дмитриева Т. Б., Качаева М. А., 2001; Дзеружинская Н. А., 2002; Мосягина И. В., 2009), так же как и акушеры-гинекологи и терапевты (Балан В. Е. и др., 1991; Тихомиров А. Л., 2003; Прилепская В. Н. и др., 2011), исследуют влияние заместительной гормонотерапии на здоровье женщин в климактерии, в том числе на психическое здоровье.

Взаимосвязь с климактерическими нарушениями изучена при гипертонии (Большакова О. О., 2005), цефалгии (Клопова И. А., 2008), гипертензии (Зеленина И. Н., 2008; Козлова М. В., 2008; Изварина О. А., 2009), иммунной (Стрюкова О. Ю., 2007), цереброваскулярной (Синельникова М. Н., 2004) и соматической (Попов А. А., 2009) патологии, сахарном диабете (Стефановская О. В., 2011), остеохондрозе (Набугорнова Т. В., 2008), патологии внутренних органов (Гаврилова Е. И., 2011), ишемии головного мозга (Любарова Н. Б., 2008), болезнях щитовидной железы (Белозерова С. А., 2005), болевом синдроме (Флегентова О. Н., 2007), а также при психических (Тарицина Т. А., 2006) расстройствах: тревожно-фобических (Лопатина Т. Е., 2007), нейровегетативных и психоэмоциональных (Зызина Н. Е., 2004), депрессивных (Хархарова М. А., 2007; Бычкова А.С., 2009), психосоматических (Чуданов С. В., 2003; Черниченко И. И., 2007).

Показана зависимость психопатологической симптоматики у женщин в перименопаузе от социально-экономического уровня (Lagos X. et al., 1998); роль клинического гипноза в семейной практике (Elkins G. R. et al., 2001); связь психологического дистресса с менопаузой (Becker D., 2001); обусловленность депрессивной симптоматики менопаузальным статусом женщин (Bosworth N. V. et al., 2001). Раскрывается взаимосвязь гинекологической патологии и психического здоровья женщин (Насырова Р. Ф., 2012).

Климактерический возраст у женщин – фактор развития НППР (Шайдукова Л. К., 2007; Шаповалов Д. Л., 2009; Медведев В. Э., 2011). Определены клинико-гормональные соотношения при ассоциированных с климактерическими нарушениями психических расстройствах и их динамика в процессе терапии (Чистякова О. Л., 2005), психотравмирующие и гормонально-метаболические факторы этиопатогенеза и затяжного течения невротической депрессии у женщин (Пермякова О. А., 2006), клинико-иммунологические показатели при НППР (неврастении) в зрелом возрасте (Бондарчук Е. Ю., 2004). Составлен алгоритм медико-социальной помощи женщинам перименопаузального возраста и старше 40 лет (Гурова З. Г., 2006). Подчеркивается значимость биопсихосоциальных факторов и их влияние на психическое состояние женщин в менопаузе (Dennerstein L. et al., 2002) и поддержание физической активности женщин как показатель их физического и психического благополучия (Netz Y. et al., 2008). Определены факторы психосоматического неблагополучия во время перехода к менопаузе (Dennerstein L. et al., 2003). Предлагаются программы по оптимизации диагностики, профилактики и лечения климактерических расстройств у женщин в перименопаузе (Джонова Б. Ю., 2006). Показана высокая частота НППР у пациенток с метаболическими нарушениями; кроме психиатрической помощи, им показана помощь эндокринолога, диетолога (Гришкина М. Н., 2007). При непсихотических расстройствах обсуждаются возрастные (Мазаева Н. А. и др., 2004) и психологические (Стойнова И. Я., 2006) особенности системно-уровневой модели адаптации. Женщины с высокой адаптивностью в зрелости адаптируются быстрее, чем с низкой и средней, с неадекватной мобилизацией и рассогласованием эмоционального и когнитивного компонентов (Правдивцева Л. Г., 2006). Выявлено преобладание НППР при изучении обращаемости в частные психиатрические учреждения (50 % – среди госпитализированных, 88 % – среди амбулаторных), лиц трудоспособного возраста (60 %) и лиц женского пола (в 1,2 раза) (Филашихин В. В., 2012). Выбор терапии пациенток климактерического возраста проводят с учетом тяжести психического расстройства и характера психотравм (Бычкова А. С., 2009).

У 51 % женщин климактерические нарушения имеют тяжелую выраженность, у 33 % – умеренную, у 16 % – легкую (Рудакова В. Б. и др., 2001). При раннем (до 45 лет) климаксе климактерические нарушения протекают тяжело и длительно, так как к его началу накапливается груз повреждений в связи с перенесенными заболеваниями, стрессами, оперативными вмешательствами, нездоровым образом жизни и вредными привычками. Высокая частота, большая интенсивность и продолжительность воздействия неблагоприятных факторов на фоне возрастной перестройки организма снижают «ресурсы здоровья», являясь пусковым звеном в формировании психической патологии.

У женщин климактерического возраста распространена неврологическая (Синицына Л. В., 2006) и цереброваскулярная (Синельникова М. Н., 2004) патология. Хроническая производственная сенсбилизация играет патологизирующую роль в повышении частоты психоэмоциональных климактерических нарушений до 80 % (Каримсакова Б. К., 2004).

Предложены комплексные программы с использованием физио- и бальнеотерапии для предупреждения у женщин поздних осложнений климакса (Королевская Л. И., 2010). При тревожно-фобических расстройствах у женщин климактерического возраста показан сертралин (1 месяц) с продолжением амбулаторно 50 мг/сут (Лопатина Т. Е., 2007). Терапия пипофезином, сертралином, тианептином при тревожно-депрессивных расстройствах определяется синдромальным вариантом ТДР и соматическим фоном (Шаповалов Д. Л., 2009).

Мелатонин (мелаксен) как монотерапия и в комбинации с заместительной гормонотерапией (ЗГТ) при климактерических нарушениях повышает гормональные, медиаторные, биохимические показатели (Мальцева Л. И., Гафарова Е. А., 2002). Изофлавоноиды сои эффективны и безопасны (по дневникам – 62 %, по субъективной оценке – 85 %) при вазомоторных и психоэмоциональных климактерических нарушениях (Прилепская В. Н. и др., 2011). А. А. Гависова и др. (2009) показали взаимосвязь частоты климактерических нарушений (от 40 до 80 %) с соматическими и психосоматическими заболеваниями: в пременопаузе – 35–40 %, менопаузе – 39–85 %, через 1 год после менопаузы –

26 %, через 2–5 лет – 3 %. О. В. Грищенко и др. (2009) купировали нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения легкой и средней тяжести в перименопаузе фитопрепаратом климапин. Показана эффективность терапии милдронатом при климактерической кардиомиопатии (Атаханова Л. Э., 2004). Женщинам с противопоказаниями к ЗГТ назначают растительные и гомеопатические препараты с положительным эффектом при неврологических, психических и вегетососудистых расстройствах после овариэктомии (Манушарова Р. А., Черкезова Э. И., 2008).

Е. Б. Гайворонская, Л. А. Шалиткина (2010) предложили опросник самооценки возрастных изменений у женщин климактерического возраста, ввели понятие возрастного психосоматического кризиса, возрастной диссоциации, модели комплексных переживаний.

L. Dennerstein, G. D. Burrows (1978) показали, что высокая частота психопатологических симптомов связана с физиологическими (преклонная функция яичников) и социологическими переменными. Назначение эстрогенов в сочетании с прогестогенами не снижает уровень психологических проблем.

G. Iatrakis et al. (1986) показали, что при климактерических нарушениях (потливость, приливы, одышка, головокружение, головная боль, нарушение либидо, депрессия, тревога) гормонотерапия устраняла малую часть психосоматических симптомов, поэтому необходима психокоррекция.

Анализ более 1000 англо-немецких публикаций (1988—1992) по психосоматическим аспектам менопаузы показал, что психолого-психиатрическими аспектами пренебрегли 90 % авторов, лишь в 58 статьях есть ключевые слова: psychosom, psychology, quality of life (von Sydow K. et al., 1995).

В литературе мало внимания уделяется психосоциальным аспектам менопаузы, хотя психосоциальные факторы риска в климактерической фазе благоприятствуют психическим расстройствам (Buddeberg C. et al., 1995).

В менопаузе повышены баллы по шкалам надежности, психопатии, гипомании. Чем старше пременопаузальные женщины, тем выше баллы по депрессии, истерии, психопатии, психастении. Чем ниже уровень образования у жен-

щин климактерического возраста, тем ниже баллы по шкалам коррекции и мужественности/женственности и выше баллы по шкалам ипохондрии, истерии и социальной интроверсии (Shin W. K. et al., 1985).

П. Бутковский (1834) (цит. по Менделевич В. Д. и др., 2002) указывал на связь психоза с «неблаговременным прекращением месячного очищения». «Девы, вдовы, а иногда и замужние женщины в климактерических годах подвергаются любовной задумчивости», что указывает на роль семейной неустроенности и одиночества женщин в генезе психических нарушений. Подчеркивается роль психогенных факторов: «...расположение к меланхолии приобретают наипаче те женщины, кои предавались суетности света».

По П. Б. Ганнушкину (1933), климактерический период связан с оскудением эмоций, сужением интересов, пессимизмом, скупостью, подозрительностью. В. Майер-Гросс и др. в «Клинической психиатрии» (1955) пишут об «ажитации, напряженности и тревоге» у женщин климактерического возраста (цит. по Менделевич В. Д. и др, 2002).

С. Г. Жислин (1956), В. В. Ковалев (1982) подчеркивали, что в этиологии и патогенезе психических нарушений в климаксе кроме экзогенных и психогенных моментов важен фактор «почвы», на которую они попадают, одним из них являются истерические проявления.

Н. А. Тювина в монографии «Психические нарушения у женщин в период климактерия» (1996) обсуждает вопросы диагностики, лечения и профилактики психических нарушений в связи с патологическим климаксом.

И. Б. Любаровой (2008) предложен способ коррекции климактерических нарушений мексидолом и алзоломом со снижением нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений и компенсацией церебральной недостаточности.

По И. И. Черниченко (2007), выраженные климактерические нарушения отмечаются у женщин с интровертированностью, эмоциональной лабильностью, склонностью к нейротизму. Бытовые и производственные психогении, усиливая психоэмоциональный стресс, вызывают психосоматические расстройства.

Примерно у 90 % женщин с гинекологической патологией после операции диагностировали тревожный, депрессивный, ипохондрический, конверсионный и астенический синдромы (Павлова Е. В., Ширяев О. Ю., 2004).

В. Н. Кустаров и др. (2006) при обследовании 172 женщин перименопаузального возраста выявили, что динамика климактерических нарушений зависит от степени их тяжести и длительности течения, снижение тонуса вегетативной нервной системы ведет к ухудшению психического состояния женщин.

Б. А. Волель (2007) показала соотношения между соматическим и психопатологическим компонентами при инволюционной истерии: или соматическая патология запускает формирование психической патологии, или истероипохондрические проявления вызывают соматические нарушения.

Т. П. Поляковская (2011) квалифицировала инволюционную истерию (соматизированная истерия, истероидная дисфория) и определила конституциональные и психогенные факторы манифестации психических расстройств.

Таким образом, после достижения женщинами менопаузы появляются климактерические нарушения (приливы жара, бессонница, плохое настроение, подавленность, нарушения сна, повышенное потоотделение и артериальная гипертензия и др.). Их выраженность различается по степени тяжести: легкая – до 10 «приливов» в сутки; среднетяжелая – 10—20 с головокружениями и головными болями, повышением АД, тяжелая – более 20 с обменными, эндокринными расстройствами и возможным развитием остеопороза, ишемической болезни сердца и мозга (инфаркт миокарда и инсульт).

### 1.3. Трансформация в понимании истерических проявлений и истерии в современных классификациях

В связи с мнением, что термин «истерия» обозначает гетерогенную группу симптомов и «мало полезен» в дифференциальной диагностике, он был исключен из классификации психических расстройств. Диссоциативные (конверсионные) расстройства (ДР) (F44 по МКБ-10), называвшиеся в МКБ-9 истерическими (301.5), характеризуются нарушениями функционирования организма и психики,



имитирующими органическую патологию, но имеющими в основе истерический конфликт. Психопатологическая симптоматика «условно приятна», бессознательно замещает неразрешенный конфликт и часто имеет непсихотический характер.

Конверсия в зарубежной психиатрической литературе объединена с диссоциацией, что отражено в МКБ-10. По П. Жане (1911), диссоциация есть отщепление психических комплексов, с временной автономией и управлением психическими процессами в отрыве от целостности психической жизни. К истерическим диссоциациям относят истерический сомнамбулизм, амнезии, фуги, ступор. Гиподиагностика связана с изменением характера истерических проявлений, тенденцией к переходу от манифестных вариантов к психологизированным, латентным формам.

Lazslo Antonio et al. (2012) считают, что исключение терминов «истерия» и «психосоматика» из новых классификаций неправомерно и необходимо биолого-психодинамическое изучение истерических проявлений, вероятно, имеющих органическую этиологию и собственную психодинамику.

По Т. А. Караваевой (2010), в МКБ-10 не отражены неврастения, неврозы истерический и навязчивых состояний. В клинической практике снизилось число истерических расстройств с вычурной симптоматикой, выразительно-демонстративными проявлениями, но возросло число непсихотических расстройств с истерическими интрапсихическими конфликтами в основе. Истерические проявления сочетаются с фобическим и депрессивным синдромами.

Г. М. Дюкова (2007) истерические неврологические расстройства обозначает как психогенные, конверсионные. Предлагает алгоритм неврологической диагностики истерии. При дебюте истерии отмечает истерические «стигмы»: ком в горле, хриплость голоса при волнениях, мимолетное ухудшение зрения и слуха, преходящая слабость в руке/ноге и неустойчивость при ходьбе.

Н. А. Забылина (2007) описала дефиниции истерических расстройств: 1) оценка на синдромальном уровне; 2) термин «психопатия» замещается на «расстройство личности» (гистрионическое, истерическое), 3) расстройство Брике отнесено в рубрику «Другие невротические расстройства».

А. Крауз (1999) считает, что исключение истерии с её многообразными проявлениями из классификационных систем противоречит психоаналитико-психиатрическому феноменологическому направлению, тем более что психические расстройства, которые ранее обозначались как истерия, в этих классификациях все же представлены, но только в синдромальной форме и под другими обозначениями.

В МКБ-10 «диссоциативные расстройства» описывают варианты истерической симптоматики; истерическое расстройство личности (F60.4) характеризуется лабильностью аффекта, зависимостью от других, жадой признания и внимания, внушаемостью и театральностью, поверхностной и неустойчивой возбудимостью, драматизацией, театральностью, преувеличением эмоций, внушаемостью, эгоцентризмом, потаканием своим желаниям, отсутствием внимания к окружающим, ранимостью и постоянным желанием иметь успех и внимание.

Н. В. Канторович (2001) в работе «О классификации психогений и пограничных состояний» пишет: «В предлагаемой нами классификационной схеме... мы оставляем 3 формы: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний...» Истерические проявления наблюдаются при истерическом неврозе, истерическом развитии личности, истерической психопатии.

Н. И. Буренина (1997) при изучении истерических телесных ощущений обнаружила, что по МКБ-10 психопатологическая симптоматика соответствует нескольким рубрикам: соматоформное расстройство, соматизированное, ипохондрическое расстройство, состояние упорной соматической боли; по DSM-IV могло быть диагностировано конверсионное расстройство; а по МКБ-9 – психопатических реакции у лиц истерического круга.

Г. М. Дюкова, В. Л. Голубев (1994) разделили пароксизмальные состояния при истерии на психогенные (истерические) и вегетативные (панические атаки); истерические проявления определяются неврологическими симптомами. Функционально-неврологический феномен (истерический и истероподобный) имеет психогенное и непсихогенное происхождение (Голубев В. Л., Дюкова Г. М., 2000).

M. Hubschmid et al. (2008) считают, что диссоциативные расстройства требуют комплексной терапии на основе тесного взаимодействия психиатров и неврологов в рамках междисциплинарного сотрудничества.

C. Spitzer et al. (2008), дискутируя с авторами, настаивающими на преобладании диссоциативных расстройств у женщин, высказывают мнение об отсутствии гендерных отличий.

K. Fukuda et al. (1980) проанализировали статистику нейропсихиатрических клиник в больницах префектуры Сендай (Япония). Число истеричных пациентов повышено почти во всех административных единицах, кроме спутников столицы Sendai, что вызвано утратой традиционных социокультуральных связей в процессе урбанизации, которая увеличивает риск непсихотических психических расстройств в целом и истерии в частности.

M. Eminson et al. (2000) описывают синдром Мюнхгаузена в терапевтических и неврологических клиниках как средство достижения пациентами вторичной выгоды. J. Jr. Sterling (2007) при синдроме Мюнхгаузена у пациентов из группы медико-социального риска (жестокое обращение в преморбиде) предлагают оказание медицинской помощи на государственном уровне. Синдром Мюнхгаузена привлекает внимание и ряда других ученых: H. S. Tucker et al. (2002), B. Vennemann (2005). Б. К. М. Раас (2010) как отдельную клиническую единицу показал имитируемое расстройство (синдром Мюнхгаузена), когда в рамках психопатологической симптоматики отмечаются симптомы, вызываемые самим пациентом, но без осознанного мотива поведения; определены отличия данного расстройства от симуляции и истерической конверсии.

P. Vuilleumier (2005) описывает конверсионные расстройства как функциональные и невралгические (паралич, соматосенсорные нарушения) в результате психогений, а не в связи с органическим поражением нервной системы. На основе нейрокартирования определены нейронные корреляты: 1) снижение активности лобных и подкорковых структур при истерических параличе, амнезии и слепоте; 2) повышенная активация лимбической системы во время конверсий. S. A. Spence et al. (2000) обсуждают нейрофизиологический коррелят в префрон-

тальной коре головного мозга при истерическом нарушении движения; P. Vuilleumier et al. (2001) сенсорно-двигательная потеря движений истерического генеза рассматривается как нейроанатомический коррелят.

H. Ebel et al. (1995) приводят клинические критерии диагностики конверсионных расстройств. K. Kozłowska (2007) показана разноплановость взглядов на происхождение и развитие конверсий и значение личностных детерминант при коморбидных диссоциативных и аффективных расстройствах.

Немецкие исследователи C. Spitzer et al. (1996) опубликовали обзор классификаций истерии в историческом контексте и в рамках разных подходов к истерии и её проявлениям. Предлагается использовать инструментальные диагностические интервью (SCID-D) и анкетные опросники (ДЕС).

A. Mailis-Gagnon et al. (2003) у пациентов с хронической болью и псевдо-неврологическими симптомами в рамках истерической анестезии и гипостезии диагностируют конверсионное расстройство по DSM-IV.

D. N. Black et al. (2004) по DSM-IV относят конверсионное расстройство к соматоформным, оно характеризуется соматизацией, ипохондрией, беспокойством, депрессией, изменением личности, нарушениями восприимчивости боли и памяти психогенной природы, предлагают картографию мозга для биологического объяснения истерических проявлений. E. R. Nijenhuis (2000) в рамках соматоформных расстройств обсуждает симптомы истерических диссоциаций, рассматривавшихся психиатрами в 19-м и 20-м столетиях.

C. Owens et al. (2006) указывают на трудности дифференциальной диагностики конверсий с другими психическими расстройствами, так как конверсионное расстройство в меньшей степени рассматривается в психиатрической литературе по сравнению с другими непсихотическими расстройствами, в особенности в малых этносах, хотя распространенность конверсий выше.

Проявления истерии описывают с разных позиций: T. Watanabe et al. (2003) – конверсионные расстройства с сенсорным симптомом; H. Sue (2003) – астазию-абазию как проявление истерии; Л. Д. Фирсова и др. (2013) – высокую вероятность смешанной этиологии симптома «ком в горле»; N. Yamaguchi et al.

(2003) – *Globus hystericus*; М. М. Крем (2004) – моторные нарушения при конверсионной истерии с психоневрологической точки зрения; S. Aybek et al. (2008) – конверсионное расстройство с позиций нейропсихиатрии.

R. J. Brown et al. (2007) участвуют в дискуссии о том, должно ли конверсионное расстройство войти в DSM-V. При обсуждении проекта DSM-V (издание май 2013 г.) предлагалось изменить подход к истерическому расстройству личности, исключив его из новой версии как «шовинистическое» (сексистское) заболевание.

Таким образом, декларируемый российской психиатрической школой подход о том, что в пограничной психиатрии классификация непсихотических психических расстройств должна опираться на доказательную медицину и строиться с учетом проверенных клиническим опытом и временем нозологических единиц, таких как истерия в связи с разнообразием истерических проявлений, вновь носит ограничительный характер, возможно, временный, так как на самостоятельности истерии настаивали О. В. Кербиков (Клиническая динамика психопатий и неврозов, 1962), В. Я. Семке (Старые и новые спорные проблемы истерии, 1997).

#### 1.4. Особенности истерических проявлений в климактерическом возрасте

В рамках психиатрических и психосоматических расстройств рассматриваются состояния, связанные с генеративным циклом женщин: предменструальное напряжение, предменструальное дисфорическое расстройство, депрессии беременных, послеродовые депрессии, синдром грусти рожениц, инволюционная истерия. Истерические проявления в ответ на неприемлемую ситуацию характеризуются внушаемостью, тенденцией к «бегству в болезнь», демонстративностью, театральностью поведения, поиском сочувствия и внимания. Проявления истерии встречаются при неврозах, психических, соматических и неврологических расстройствах, органической недостаточности ЦНС и сочетаются в климактерическом возрасте с тревожной депрессией.

Инволюционную (климактерическую) истерию (ИИ) первым выделил немецкий психиатр Роберт Гаупп («О понятии истерии», 1911). Т. А. Гейер (1927), О. Бумке (1924) описали инволюционную истерию у женщин старше 45 лет, ранее не имевших психических расстройств; с плохим сном, головными болями, раздражительностью, рассеянностью, подавленностью в инициальный период. На фоне лабильного настроения возникают психические расстройства в виде истерических параличей, припадков с плачем, тремором, судорогами, ипохондрией с преувеличением тяжести своего состояния, несоответствием тяжести психотравмы и выраженности истерических проявлений.

В. Я. Семке (1988) описал варианты динамики ИИ: 1) редукция истероипохондрических проявлений на фоне адекватной терапии, 2) затяжное течение и формирование истерического развития. При ИИ определены 2 варианта: истерическая ипохондрия (с конверсионными, ипохондрическими, астеническими расстройствами); истеродепрессия (с сексуальной сверхценностью) (Волель Б. А., Яньшина Т. П., 2004). Климактерическую истерию понимают как психопатологический симптомокомплекс в климактерическом периоде у женщин от 35–40 до 55–60 лет (Медведев В. Э., 2011).

В. А. Гиляровский (1954) описывал при инволюционной истерии истерические реакции в виде раздражительности, плаксивости, спазмов в горле, эмоциональной неустойчивости, чувствительности, астении с запуском непсихотических психических расстройств. Уплотнение психики позволяет из защитных реакций использовать наиболее грубые. В развитии психических расстройств большую роль играет травматизация, в прошлом отмечаются неустойчивость и склонность к истерическим реакциям.

Н. И. Гращенков, А. В. Снежневский (1965) связывали инволюционную истерию с депрессией (инволюционная меланхолия), тревожным возбуждением (злокачественная меланхолия). К возникновению инволюционной истерии predisposing фактор наследственности, соматические заболевания, перенесенные в течение жизни психогении.

Инволюционная истерия часто взаимосвязана с соматической патологией, коморбидна с аффективными расстройствами: раздражительностью, недовольством, демонстративностью, манипулятивностью (Волель Б. А., 2005).

По В. Я. Семке (2008), истерические проявления в климактерическом возрасте выражаются патохарактерологической динамикой: развитием латентной психопатии, астенизацией или, наоборот, «поздней депсихопатизацией».

После гистерэктомии у 40 % женщин отмечаются психоэмоциональные нарушения, характер и длительность которых зависят от объема оперативного вмешательства и прошедшего после него времени. Психокоррекция снижает их частоту и выраженность (Доброхотова Ю. Э. и др., 1999).

Г. М. Дюкова (2009) указывает на широкую распространенность «климактерической депрессии», «инволюционной истерии», «климактерического невроза», но не приводит доказательств выдвигаемого положения, что в климаксе психические расстройства возникают чаще, чем в другие периоды.

Климактерические нарушения в пери- и менопаузе характеризуются снижением вегетативной реактивности, невротическим и ипохондрическим синдромами на фоне интраверсии с рефлексивностью, нерешительностью, колебаниями в принятии решений, самоконтролем (Саночин А. В., 2003). И. М. Мадаева и др. (2013) указывают на рост инсомнических расстройств у женщин в период менопаузы.

По Borong Zhou et al. (2012), климактерические нарушения в менопаузе ассоциированы с психосоматической и психопатологической (беспокойство, тревога, депрессия) симптоматикой и степенью внушаемости пациенток.

При инволюционной истерии затруднена диагностика конверсий из-за полипатологии психических расстройств. Эволюция проявлений истерии в течение жизни известна недостаточно в связи с непоследовательностью нозографических систем и широким варьированием психических расстройств при наблюдении в разное время. В климактерическом возрасте истерические проявления либо нарастают при нарциссическом неврозе, либо ослабевают. Отношение к таким пациентам должно быть эмпатичным с настроенностью на обретение психического равновесия (Pellerin J. et al., 2003).

До сих пор сохраняют актуальность взгляды психиатров советского периода. Так, Э. Я. Штернберг (1968) отмечал бедность, низкую частоту и смягчение истерических реакций в инволюции, ложные механизмы истерической «сверхкомпенсации»: нежелание считаться с возрастом, показная молодость. И. И. Сергеев (1977) указывал на стереотипность истерических проявлений в климактерическом возрасте.

#### 1.5. Проблемные вопросы диагностики и терапии у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств

Профессор А. Б. Цеэ (1817) описал лечение нарзаном истерии и ипохондрии. Профессор П. Н. Савенко (1828) рекомендовал нарзанные ванны при проявлениях истерии у женщин. Открытие на общественные средства заведений для «лиц с расшатанной... нервной системой, истериков и ипохондриков» предлагалось на съезде Пироговского общества врачей (1904).

C. Owens, S. Dein (2006) указывают на сложность диагностики и терапии конверсионных расстройств в связи с вовлеченностью «физических симптомов», особенно в старшем возрасте, и предлагают «исследовать их распространенность в долгосрочных группах с оценкой эффективности разных способов лечения». В систематическом обзоре J. Stone et al. (2005) обсуждается ошибочная диагностика конверсионных и истерических симптомов. Указывается на малооправданную диагностику диссоциативного расстройства, связанного с концепцией истерии (Van der Kolk B. A. et al., 1996), хотя не подвергается сомнению единство процессов диссоциации и конверсии (Spitzer C. et al., 1996). Указывается на необходимость инструментальных картографических исследований мозга, приближающих к биологическому пониманию пограничной психической патологии, в том числе проявлений истерии (Black D. N. et al., 2004).

Широк круг обсуждаемых в литературе проблем терапии непсихотических расстройств: улучшение качества жизни пациентов с НППР на основе адекватной терапии (Ивашиненко Д. М., 2005); медико-психологические характеристики и симптоматика НППР при хронических гинекологических заболева-



ниях (Потемкина Е. А., 2012); лечение психогенных непсихотических депрессий методом биологической обратной связи (Низова А. В., 2006); терапия астенических состояний непсихотического уровня с использованием иммуотропных препаратов (Мороз И. Н., 2003) и тревожных непсихотических расстройств с применением иммуномодуляторов (Новиков Д. Д., 2005). Описана терапия НППР с коморбидными соматическими заболеваниями: болезнью легких (Теслинов И. В., 2009), ВИЧ-инфекцией (Бородкина О. Д., 2005), вирусными инфекциями (Арсененко Л. Д., 2008); ишемической болезнью сердца (Глущенко Т. Э., 2007), заболеваниями ЖКТ (Костин А. К., 2007), неврологической патологией (Лыков В. И., 2003), сахарным диабетом (Лобанова Е. В., 2005). Однако ассоциированность истерических проявлений с НППР у пациенток климактерического возраста в изученной нами литературе требует дополнительного изучения.

В снижении интенсивности климактерических нарушений женщинам в перименопаузе положительное влияние оказывает курортное (Никонов С. А., 2012), комплексное физио- и бальнеотерапевтическое (Королевская Л. И., 2010) лечение. В коррекции НППР используется климато-, ландшафтотерапия в сочетании с ЛФК, фито-, физио-, психотерапией. Показана эффективность разных видов психотерапии при НППР: интегративная (Холмогорова А. Б., 2006), лично-ориентированная реконструктивная (Мизинова Е. Б., 2004), гетеросуггестивный тренинг психомышечной релаксации (Кожевников, В. Н. и др., 2003), интерперсональная групповая (Колотильщикова Е. А., 2004), интегративная онтогенетическая (Урадовская А. В., 2011), группоцентрированная (Цыганков Б. Д., Джангильдин Ю. Т. и др., 2006), гештальттерапия, психодрама (Черниченко И. И. и др., 2006); когнитивно-поведенческая (Цыганков Б. Д., Ялтонская А. В., 2012), когнитивная (Semple R. J., 2005) и др. Подчеркивается важность установления терапевтического альянса психотерапевта и пациента при пограничных психических расстройствах (Уманский С. В., 2008; Brock J., 2008; Bertoni M., 2008). Обоснована эффективность световой депривации в поддержании вегетативного, сомнологического, эндокринного и психоэмоционального статусов у женщин в перименопаузальный период (Заводнов О. П., 2013).

В комплексном лечении климактерических психоэмоциональных нарушений используют гомеопатические и антиоксидантные препараты (Усмонова Ф. И., 2009). Коррекция НППР (тревожных и панических) проводилась психотропной терапией, психотерапией, координационной лечебной (дыхательной и релаксационной) гимнастикой, стабилотренингом с биологической обратной связью (Кривошей И. В., 2008).

Психоэмоциональные и нейровегетативные климактерические нарушения корректируют негормональной терапией (климадинон, милдронат, магне-В<sub>6</sub>, электромагнитное поле нетепловой интенсивности, светотерапия) и курортным лечением (климатотерапия, бромйодные ванны, электроаэрозольтерапия, массаж, ЛФК, рациональная и поведенческая психотерапия) (Зимовина У. В., 2007).

В историческом плане интересно сочетание при истерической афонии психотерапии с гальванизацией корня языка (Стрибман К. И., 1940). При истерических проявлениях (сужение сознания, мутизм, глухонмота, амавроз) применяли гипнопсихотерапию (Мягков И. Ф., 1967). Эффективность гипноза в коррекции истерии и её проявлений подчеркивалась многими авторами (Платонов К. И., 1962; Тупицын Ю. Я., 1973; Рожнов В. Е., 1979). В. Е. Рожнов (1985) при истерическом неврозе во время перехода гипнотического сна в истерический ступор проводил гипнотическое внушение. После гипноза описаны переживания эротического содержания у внушаемых пациенток, иногда с обвинением врача в изнасиловании и в ложной беременности от него (Рожнов В. Е., 1985; Бурно М. Е., 1995). М. Е. Бурно (1983) предложил психотерапию творчеством при тягостном переживании своей неполноценности больными пограничными психическими расстройствами.

Терапия творческим самовыражением при расстройствах личности, ипохондрии (Иговская А. С., 2011) имеет высокую (20 %) и среднюю (67 %) эффективность и высокую эффективность при психических расстройствах в климактерическом возрасте (Тарицина Т. А., 2006). Немедикаментозная (физио-) терапия психоэмоциональных и нейровегетативных климактерических нарушений рекомендована для отделений неврозов (Якушев И. Б., 2005). Краткосроч-

ная мультимодальная психотерапия непсихотических депрессивных расстройств эффективно редуцирует депрессивные переживания (Игумнов С. А., Жебентяев В. А., 2011). Выявлена высокая результативность позитивной реинтеграции личности на основе патогенетической психотерапии непсихотических психических расстройств (Захаров Н. П., 2003).

Зарубежные исследователи обсуждают немедикаментозную и психотерапию непсихотической психической патологии: повышение физической и социальной активности в устранении тревоги, беспокойства, ипохондрии в климактерическом возрасте (Kovach A., 1998); повышение качества жизни в связи с устранением негативных психоэмоциональных переживаний (Sauve M. A., 2000); принципы улучшения психического здоровья и качества жизни у лиц пожилого и климактерического возраста в условиях глобализации (Wischild L. M., 2000; Kelley-Gillespie N., 2003); приверженность психотерапевтов в терапии непсихотических расстройств познавательного-поведенческим и психодинамическим методам (Hillwig A. J., 2003); достижение пациентами зрелых защитных механизмов на основе комплаенса в амбулаторной психотерапии (Rom A., 2010); эффективность психодинамической психотерапии при непсихотических расстройствах (Roseborough D., 2004), в том числе снижение проявлений ипохондрии в структуре психических расстройств (Rugova N., 2007); биопсихосоциальная модель риска тревоги и депрессии с алгоритмом снижения психопатологической симптоматики (Dienes K. A., 2008); структурная семейная психотерапия в улучшении функционирования семей пациентов с пограничными психическими расстройствами (Calvert C., 2008).

Снижение жизненного тонуса у женщин климактерического возраста выражается в уменьшении активности, неустойчивости настроения, тревожности, неудовлетворенности собой, ипохондрии, агрессивных реакциях. Психокоррекция улучшает психическое состояние как «адаптированных», так и «неадаптированных» женщин (84 и 63 %), их самочувствие (70 %), соматическое состояние (Чернякова С. С., 2003).

Группоцентрированная психотерапия у женщин климактерического возраста устраняет астеническую и тревожно-депрессивную симптоматику. Пациентки с истероидными, стеничными чертами личности и низким интеллектуальным уровнем резистентны к лечению (Цыганков Б. Д. и др., 2006).

С точки зрения истории психиатрии интересно, что Г. Я. Авруцкий (1984) при острых истерических проявлениях гипносуггестию дополнял «ударными» дозами транквилизаторов (элениум, седуксен). Б. Д. Карвасарский (1980) при истерических конверсиях сочетал психо- и физиотерапию. А. М. Свядоц (1971) устранял истерические проявления наркопсихотерапией, истерические припадки и гиперкинезы – косвенным внушением и внушением в гипнозе.

Д. Г. Платонов, Л. Я. Нохрина (2008) для превенции декомпенсации истерического расстройства в условиях изменения психосоциальных факторов предлагают профосмотры на предприятиях и индивидуальные психолого-психотерапевтические программы психокоррекции поведенческих паттернов.

Предложена коррекция иммунного и гормонального гомеостаза при климактерических нарушениях на основе психоиммунореабилитации с гетеросуггестивной психомышечной релаксацией (Кожевников В. Н. и др., 2003).

С помощью психотерапии у 83–100 % женщин климактерического возраста снижали плаксивость, агрессивность, напряжение, раздражительность, гипергидроз, приливы, нормализовали психосоматический статус и функционирование вегетативной нервной системы (Черниченко И. И., Губин В. А., 2007).

К клиническим проявлениям истерического невроза относят половую неудовлетворенность и симптомы диссоциативных, соматоформных, аффективных и нейроэндокринных расстройств. Так как 65 % женщин около 5 лет безуспешно лечились у терапевтов и неврологов, им необходима помощь психотерапевта (Ткаченко Н. Т., 2005).

Показана эффективность экзистенциальной психотерапии при невротических и истерических расстройствах с эмпатийным принятием пациента, проработкой актуальных конфликтов, развитием способности быть одному, повышением самооценки (Laengle A., 2002).

В связи с тем, что важность психотерапии и психофармакотерапии в лечении равноценна, перейдем далее к вопросам психофармакотерапии при непсихотических психических расстройствах. А. Б. Смулевич (2011) для устранения истерических проявлений рекомендует нейролептики, а при депрессивных проявлениях – антидепрессанты мягкого действия.

Определен оптимальный ассортимент антидепрессантов с моделированием потребности для стационарного лечения пограничных психических расстройств (Шигабутдинова О. Г., 2008).

Англоязычными авторами показано применение антидепрессантов в климактерическом возрасте у пациенток с психосоматическими расстройствами (Grigoriadis S. et al., 2005), приводятся схемы терапии при пограничных психических расстройствах (Kellogg S. H., 2006), базовая психотерапия при расстройствах личности (Ripoll L. H., 2011), применение антидепрессанта с транквилизатором при сочетанных непсихотических и соматических расстройствах (Davidson J. R., 2006), готовность психиатров предписать антидепрессивное лечение женщинам климактерического возраста (Copeland M. B., 2001). В зарубежной литературе описан хороший эффект антидепрессивной терапии в снижении тревожно-депрессивной симптоматики в структуре пограничных психических расстройств, в том числе у женщин (Kool S. et al., 2003; Zanarini M. C. et al., 2004; Bellino S. et al., 2010), усиливающийся психотерапией (Simpson E. B. et al., 2004).

В работах российских психиатров также показано эффективное купирование тревожных и депрессивных проявлений современными антидепрессантами – тианептином (коаксил), сертралином (золофт) (Максимова Н. М., 2003). Редукция тревоги при невротических расстройствах наблюдалась при сочетанной комбинации антидепрессантов и нейролептиков или антидепрессантов и транквилизаторов (Ковалев Ю. В., 2006). В связи с антидепрессивным, анксиолитическим, редуцирующим и вегетотропным эффектами и хорошей переносимостью коаксила возможно его длительное применение в стационаре и амбулаторно при сочетанной психической и соматической патологии в климактерическом возрасте (Тювина Н. А., Балабанова В. В., 2002).

При соматоформных и конверсионных расстройствах, протекающих с ипохондрией, тревогой, фобиями, обостренным самонаблюдением признаков телесного неблагополучия, эффективны сульпирид (60 %), кветиапин (52 %), диазепам (44 %), селективные антидепрессанты (35 %) (Волель Б. А., 2007).

Сочетание гормональной и антидепрессивной терапии коаксиллом эффективно купирует психоэмоциональные нарушения в климактерическом возрасте (Мочалова Е. М., 2004). Женщинам в климактерически-инволюционном возрасте необходимо более раннее назначение антидепрессантов и динамическое наблюдение психиатра. Медицинская помощь должна быть комплексной, сочетать психотропную фармако- и психотерапию (Кондратьева М. С., 2005).

Н. Е. Завьялова (2013) сообщает о результатах эффективного и безопасного применения сульпирида (400–600 мг/сут) в терапии непсихотических депрессивных расстройств в рамках инволюционной истерии.

Терапия СИОЗС эффективна при легком и среднем течении нейровегетативных и психоэмоциональных климактерических нарушений, но мало результативна при их тяжелом течении, купирует психосоматические нарушения любой степени тяжести (Черниченко И. И., 2007).

Г. М. Дюкова (2009) предлагает купировать психовегетативные синдромы в климаксе флуоксетином, сертралином, циталопрамом, а также использовать антидепрессанты при выраженных эмоционально-аффективных расстройствах, имеющих противопоказания к гормонотерапии.

Тианептин (коаксил) эффективен при дистимических расстройствах у женщин климактерического возраста благодаря анксиолитическому, тимоаналептическому, редуцирующему действию, что позволяет использовать его в кратко- и долгосрочной перспективе (Овчинников А. А., 2009).

Растительный антидепрессант деприм эффективен уже через неделю в терапии легких и умеренных психоэмоциональных расстройств у женщин менопаузального возраста; лишен побочных эффектов и безопасен в применении (Гависова А. А. и др., 2009).

При пограничной психической патологии эффективны препараты стимулирующего и анксиолитического действия (ноопепт, энерион, нооклерин, фезам, мексидол, танакан, ладастен), снижая астению и ипохондрию (Аведисова А. С., 2004; Незнамов Г. Г., Сюняков С. А., Телешова Е. С., 2004).

Н. Д. Лакосина, В. Ф. Литвищенко (1994), изучая воздействие тералена, обладающего свойствами аминазина и других фенотиазиновых нейролептиков, но с меньшими побочными эффектами, отметили его седативное и противотревожное действие, редукцию навязчивостей, фобий, сенестопатий, аффективных реакций у больных с истерическими проявлениями.

При выраженных истерических проявлениях длительно назначали транквилизаторы с «глобальным» психотропным эффектом (диазепам, хлордиазепоксид) и нейролептики. Узкосимптоматическое психотропное влияние на истерические двигательные нарушения транквилизаторы не оказывали. Истерический припадок в/м транквилизатором не купировался, зато смягчалась выраженность истерических конвульсий и облегчалась психотерапия (Александровский Ю. А., 2000).

Устойчивое выздоровление при диссоциативном (89,13 %) и истерическом (65,1 %) расстройствах достигалось психотропными препаратами и общеукрепляющими лечебными процедурами, низкое качество ремиссии наблюдалось при затяжном течении и присоединении массивной соматической патологии (Перчаткина О. Э., Семке В. Я. и др., 2004).

При вегетососудистых расстройствах у женщин в перименопаузе винпоцетин (кавинтон) снижает климактерические нарушения за счет улучшения мозговой гемодинамики; фенибут не только снижает нейровегетативную симптоматику, но и нормализует психоэмоциональный профиль личности (Рамдени Е. А., 2006).

При истерическом неврозе с тенденцией к развитию симптоматики с уходом в болезнь эффективны неупитил 20—30 мг, галоперидол 5—10 мг/сут, финлепсин 100—300 мг/сут (Овсянников С. А., Цыганков Б. Д., 2001).

В. Я. Семке (2008) использованы: при истерическом неврозе – малые дозы антидепрессантов, транквилизаторов, седатиков; при гиперстении – седатики, транквилизаторы, при гипостении – лёгкие стимуляторы, при астении – витами-

ны, биостимуляторы, ноотропы, актопротекторы; при неврозе навязчивых состояний – бензодиазепины; нозофобиях, страхах, тяжёлых обсессиях – диазепам или феназепам с амитриптилином, транквилизаторы с нейролептиками. На заключительном этапе назначаются растительные адаптогены и фитосборы.

Коррекция флуоксетином и диазепамом в комплексе с антиаритмической терапией улучшает показатели психического и психосоматического статуса пациентов (Трифорова В. С., 2005).

В пери- и постменопаузе СИОЗС и габапентин повышают параметры общего и психического здоровья. При психоэмоциональных нарушениях эффективен пароксетин (Мосягина И. В., 2009); при непсихотических депрессиях эффективен и безопасен пиразидол (Дубницкая Э. Б., Волель Б. А., 2003). Коаксил редуцирует депрессивные, тревожные, конверсионные и фобические расстройства, сопровождающие соматическую патологию, снижает выраженность психогенно спровоцированных гипертонических кризов (Волель Б. А., 2007).

При невротических расстройствах пациенткам после оваритомии и в климактерическом возрасте показаны низкие дозы психотропных средств (Манвелян Э. А., 2009). Предложены модели фармакотерапии (атипичные нейролептики, транквилизаторы и снотворные) в купировании непсихотических расстройств у пациенток климактерического возраста (Гостищева С. Б., 2005).

Альтернативная терапия психоэмоциональных климактерических нарушений включает психотропные и фитопрепараты, здоровый образ жизни (Хархарова М. А., 2007). Фитоэстрогены в терапии климактерических нарушений не уступают по эффективности ЗГТ (Карпович О. В., 2007). Совершенствование медико-социальной помощи женщинам климактерического возраста предполагает этапное её оказание смежными специалистами (Гурова З. Г., 2006). Выявлено повышение психической устойчивости, когнитивных функций у женщин 46—56 лет при комплексном воздействии рефлекторных мануальных методов (Семеняга Н. Н., 2010). Применение магнитотерапии в комплексном лечении женщин с климактерическими нарушениями снижает депрессию и тревогу (на 21 %), ипохондрию (на 17 %), астению (на 18 %), повышает активность, настроение (на



16 %) (Маслов Д. Г., 2008). Определена потребность в медико-социальной помощи у женщин в постменопаузе с рекомендацией наблюдения у гинеколога, невролога, терапевта, урогинеколога, психиатра (Филатова М. А., 2005).

Афобазол устранял нейровегетативные нарушения в виде вегетативной дистонии у пациенток климактерического возраста, а также снижал проявления тревоги (Немченко О. И., 2007).

Содержащие эстро- и андрогены гормоны (климен, цикло-прогинова) в сочетании с нейролептиками и транквилизаторами (грандаксин, транксен, френолон, этаперазин, мебикар) купируют нейровегетативные климактерические нарушения, ассоциированные с НППР (Менделевич В. Д. и др, 2002).

Сочетание ЗГТ и климактоплана эффективно устраняет климактерические нарушения, так как климактоплан дополняет влияние гормонотерапии на депрессивные расстройства, способствует психокоррекции психоэмоциональных расстройств (Абдулкадырова М. Н., 2003).

Сертралин показан в коррекции тревожно-фобических расстройств у женщин климактерического возраста: 1-я и 3-я недели – 100 мг/сут, 2-я и 4-я – 50 мг/сут (Лопатина Т. Е., 2007). Азафен снижает выраженность тревоги и депрессии при затяжных климактерических нарушениях (Шаповалов Д. Л. и др., 2008). Атаракс эффективен при расстройствах адаптации, соматоформных и тревожных расстройствах (Бобров А. Е. и др., 2005).

Предложено применение пролонгированных форм афобазола в лечении непсихотической патологии, в частности тревожно-фобических расстройств (Полковникова Ю. А., Степанова Э. Ф., 2011). Адаптол эффективен в комплексной терапии вегетативной дистонии в сочетании с тревогой и легкими расстройствами депрессивного спектра (Гирина О. Н., Скаржевская Н. А., 2010).

Конверсионные нарушения и расстройства поведения корригировали тиоридазином (10-30 мг/сут) с редукцией конверсий к 3—4-й неделе; при истерических проявлениях парентерально диазепам (Дударева А. П., 2009). Подчеркивается эффективность сонapakса при непсихотических расстройствах, в том числе в климактерическом возрасте (Михайлова Н. М., Сиряченко Т. М., 2005). Клима-

динон купирует климактерические психоэмоциональные и нейровегетативные расстройства у пациенток после 40 лет (Потапов В. А., 2007).

При климактерической истерии проводили терапию двумя и более психотропными средствами. При депрессивных и тревожных расстройствах – традиционные (мелипрамин, amitриптилин) и современные (пароксетин, флувоксамин, циталопрам, венлафаксин, дулоксетин) антидепрессанты. При соматоформных расстройствах с ипохондрией и конверсиями, сопровождающихся психопатизацией, – кветиапин, рисперидон с транквилизаторами (Батурин К. А. и др., 2006).

Показана перспективность растительных препаратов в лечении непсихотических (соматоформных) расстройств, так как они влияют не только на психические симптомы, но и на соматические. Тем более что имеет место более позитивное отношение пациентов к растительным, чем к психотропным средствам (Дикевич Е. А., Иванова Д. М., 2008).

Обсуждается терапия нейролептиками при климактерических невробазах с эмоционально-волевой неустойчивостью, трансформацией синдромов, когда явления тревожной ажитации преобладают в клинической картине психоэмоциональных нарушений (Леонова Ю. И., 2010).

В. В. Ряховский (2011) использовал в лечении депрессивных инволюционных расстройств психотропные и нейрометаболические средства (с увеличением возраста снижаются среднесуточные дозы, предпочтение отдается препаратам последнего поколения).

При соматизированной инволюционной истерии эффективны атипичные антипсихотики (кветиапин) с тимоаналептиками (серотонинергические, препараты двойного действия). При истероидной дисфории двухэтапная терапия: антидепрессанты полициклического ряда и поддерживающее лечение тимоаналептиками современных поколений (Поляковская Т. П., 2011).

В. Э. Медведевым (2011) предложена терапия непсихотических депрессий на фоне инволюционной истерии вальдоксаном с редукцией психопатологических нарушений, улучшением самочувствия на 14-й день, благоприятным профилем переносимости и безопасности.

Н. А. Тювина (2011) при климактерической депрессии на первом этапе гормонотерапией купировала климактерические нарушения, снижая выраженность астении, тревоги и депрессии. Затем флувоксамином устраняла страх, панические реакции, вегетативные пароксизмы, расстройства сна.

Предложена комплексная коррекция пред- и менопаузальных расстройств (Портянникова Н. П., 2011): при метаболических и нейровегетативных нарушениях (апатии, астенизации) – флуоксетин (20 мг/сут утром, 6 месяцев после консультации психиатра), фитоэстроген эстровэл (по 1 таблетке 2 раза в день, в течение 6 месяцев) и физиотерапия.

Подводя итог литературному обзору, следует отметить, что в современной литературе изучаются вопросы климактерической истерии, однако в российских и зарубежных источниках практически полностью отсутствует информация о прогнозе развития истерических проявлений у женщин климактерического возраста с НППР, нет четких показаний к использованию при этих нарушениях методов психокоррекции и социальной реабилитации. Этим объясняется актуальность исследования, посвященного динамике истерических проявлений с точки зрения возрастного онтогенеза, процесса начала старения организма женщины в климактерическом возрасте, что является перспективным направлением для терапии и профилактики широкого спектра психопатологии (в частности в виде истерических проявлений в структуре НППР), связанной с возрастной динамикой. Все эти вопросы так или иначе связаны с отсутствием до настоящего времени общепринятой точки зрения на суть истерии, ее нозологию и классификацию.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В главе 2 обсуждаются методологические подходы, этапы, принципы и методы изучения, динамики, терапии и психосоциальной реабилитации у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР. Клиническое исследование было начато в рамках комплексной научно-исследовательской темы Учреждения Российской академии медицинских наук «НИИПЗ» СО РАМН (шифр 119) «Стрессоустойчивость и дезадаптация при не-психотических психических расстройствах» и продолжено в рамках темы по основному плану НИР НИИ психического здоровья (шифр 123) «Клинико-биологические и социально-психологические закономерности формирования не-психотических психических расстройств в условиях Сибири (онтогенетический и реабилитационный аспекты)».

В качестве методологии исследования применяли подход В. А. Ганзена (1985) на основе интеграции и систематизации накопленных знаний, преодоления их избыточности, определения вариантов описаний, избегания недостатков локального подхода, системного описания (Семке В. Я., 1988) у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.

На рисунке 1 приведен дизайн исследования.

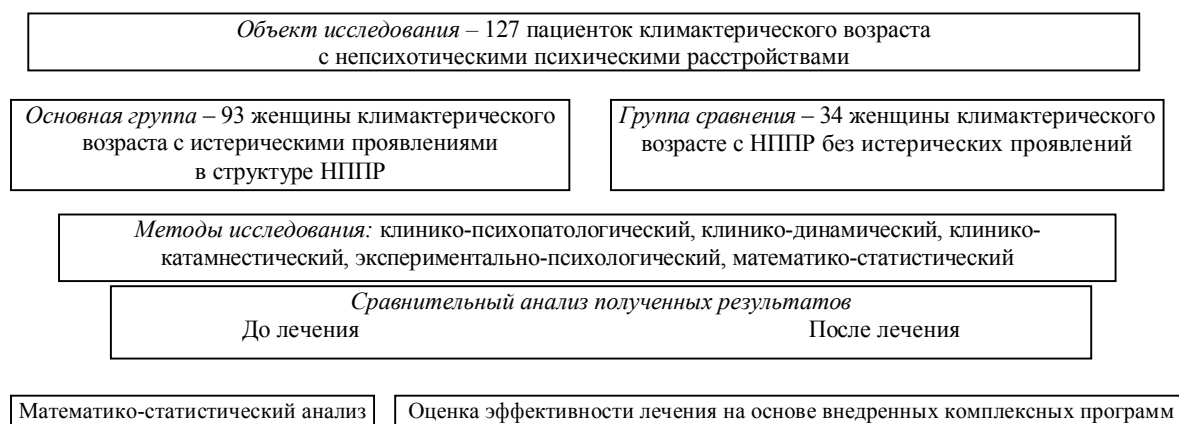


Рис. 1. Дизайн исследования

*Гипотеза исследования:* женщины с истерическими проявлениями, вступая в пре- и менопаузу, на фоне климактерических нарушений (нейровегетативных, метаболических, психоэмоциональных) умеренной и тяжелой степени выраженности, обнаруживают сформированные на предшествующих жизненных этапах типы реагирования на психогенные ситуации (тревожно-депрессивный, соматопохондрический, психопатоподобный), что приводит к усилению истерических проявлений и формированию НППР. Онтогенетический кризис климактерического возраста как преодоление закономерных возрастных преобразований совпадает с внутрисемейным, производственным, внутриличностным кризисами, которые несут психогенную отягощенность.

*Объект исследования* – пациентки, пролеченные в первом клиническом психиатрическом отделении (пограничных состояний) НИИ психического здоровья с 2008 по 2012 г. лично исследователем. Сведения о ведении пациенток отражены в медицинской документации (журналы учета, архивные амбулаторные карты, истории болезни).

*Инструмент исследования* – «Базисная карта и характеристика истерических проявлений у женщин климактерического возраста с НППР», разработанная и заполнявшаяся лично исследователем на основе анкетного опроса. При заполнении анкет подбирали наиболее удобные для респонденток время и скорость заполнения.

Термины «климакс», «климактерический период», «климактерий», «климактерический возраст» употребляются в одном значении (Энциклопедический словарь мед. терминов. М., 1983) и обозначают этап жизни женщины с прекращением циклических изменений в эндометрии и детородной функции, с инволюцией половых органов и снижением секреции половых гормонов. По классификации ВОЗ (1980), в климактерическом возрасте выделяют пременопаузу (с 45 лет), менопаузу (с 51 года), постменопаузу (с 60 лет).

Из общей исследовательской выборки были сформированы 2 группы. В основную группу были включены 93 пациентки с истерическими проявлениями в структуре НППР, средний возраст которых составил  $51,49 \pm 4,13$  года (95 %

доверительный интервал (ДИ) 49–54). В группу сравнения вошли 34 пациентки без истерических проявлений, средний возраст составил  $51,44 \pm 5,0$  года (95 %, ДИ 50–53). Пациентки основной группы и группы сравнения были сопоставимы по возрасту (климактерический), нозологической структуре заболевания (непсихотические психические расстройства), социально-демографическим характеристикам.

Климактерические (менопаузальные) нарушения (нейровегетативные, метаболические, психоэмоциональные) оценивали по Опроснику Модифицированного Менопаузального Индекса (Балан В. Е. и др., 1996). В исследование вошли женщины с тяжелой и выраженной степенью нарушений.

Использовались психологические тестовые опросники: Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI) для определения профиля личности; «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) для первичного выявления тревоги и депрессии в общесоматической практике; методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина.

На первом этапе проведено обследование и определены клинко-психопатологические, социально-демографические характеристики пациенток обеих групп до и после лечения и по данным катамнеза (до 3 лет). На втором этапе осуществлялось сравнительное изучение указанных характеристик пациенток основной группы и группы сравнения.

*Структура непсихотических психических расстройств в стационарной выборке женщин климактерического возраста (127 чел.) в соответствии с МКБ-10 показана в таблице 1. У пациенток основной группы реже, чем в группе сравнения, отмечены расстройства адаптации (35,48 и 41,17 %), тревожные расстройства (27,96 и 29,41 %), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (11,83 и 14,71 %), соматоформные расстройства (10,75 и 14,71 %). В то же время только у пациенток основной группы выявлены истерическое расстройство личности (9,68 %) и диссоциативные расстройства (4,3 %) ( $p > 0,05$ ).*

Таблица 1 – Распределение диагнозов у пациенток климактерического возраста с НППР по МКБ-10

Психическое расстройство по МКБ-10	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Расстройства адаптации (F43)	33	35,48	14	41,17	47	37,01
Тревожные расстройства (F41)	26	27,96	10	29,41	36	28,35
Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6)	11	11,83	5	14,71	16	12,6
Соматоформные расстройства (F45)	10	10,75	5	14,71	15	11,81
Истерическое расстройство личности (F60.4)	9	9,68	0	0	9	7,09
Диссоциативные расстройства (F44)	4	4,3	0	0	4	3,14
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание.  $p > 0,05$ .

Проведенное исследование показало, что частота выявляемых НППР у женщин климактерического возраста не зависела от наличия или отсутствия у них в анамнезе истерических проявлений. При этом только у женщин с истерическими проявлениями в структуре НППР выявлены случаи для обоснованной постановки диагноза истерического расстройства личности.

Проведено клинико-психопатологическое изучение истерических проявлений в структуре НППР у женщин климактерического возраста на основе выделенных типов реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях. Подвергнуты сравнительному анализу выбранные показатели при истерических проявлениях с соответствующими характеристиками при отсутствии истерических проявлений. Клиническое обследование с оценкой комплексной терапии дополнялось оценкой эффективности психореабилитации при катамнестическом наблюдении.

Проведена формализация и статистическая группировка клинических данных у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР и без истерических проявлений. Создана статистическая база данных. В неё вошли анамнестические сведения, лечебно-реабилитационная тактика, статистическая обработка материала согласно поставленным в исследовании задачам. Проведено формализованное описание историй болезни при истерических проявлениях у пациенток климактерического возраста с определением типологической дифференциации НППР в виде трех типов реагирования в кри-

зисных (психогенных) ситуациях. Проведена оценка клинической эффективности сочетанной психофармако- и психотерапии при истерических проявлениях у пациенток климактерического возраста с НППР. Внедрены разработанные программы комплексной терапии при истерических проявлениях в структуре НППР у пациенток климактерического возраста.

### 2.1. Характеристика материала, принципы клинического исследования

Исследование соответствует требованиям Хельсинской декларации ВМА в отношении этических принципов для врачей (2000). Пациентки вошли в исследовательскую выборку после ознакомления с информацией о целях и методах исследования и подписания информированного согласия. Подписанный оригинал хранился у исследователя, второй экземпляр передавался пациентке. Форма информированного согласия и протокол клинического исследования утверждены Локальным этическим комитетом ФГБУ «НИИПЗ СО РАМН» (протокол № 20 от 17 декабря 2008 г.; дело № 20/3.2008). При исследовании соблюдались этические принципы: информированное согласие и партнерство.

Отбор проводили случайным методом, по мере обращения пациенток. При клиническом обследовании учитывали критерии включения и исключения.

Критерии включения: 1) женский пол; 2) климактерический возраст от 45 до 60 лет; 3) наличие истерических проявлений; 4) наличие диагностированного НППР; 5) умеренная и тяжелая выраженность климактерических нарушений; 6) информированное согласие пациенток на участие в исследовании.

Критерии исключения: 1) эндогенные расстройства; 2) зависимость от ПАВ; 3) тяжелое органическое поражение ЦНС.

Фармакотерапия была ступенчатой. На стационарном этапе проводили нейрометаболическую терапию и сочетанную базовую психофармакотерапию психопатологической симптоматики (истерических проявлений в структуре непсихотических психических расстройств) у женщин климактерического возраста с учетом ранее разработанных реабилитационных программ (Семке В. Я., 2008) с назначением либо антидепрессантов-седатиков, транквилизаторов-



анксиолитиков и «дневных» транквилизаторов, либо антидепрессантов сбалансированного действия, транквилизаторов-анксиолитиков и «дневных» транквилизаторов, либо антидепрессантов активирующего действия и нейролептиков, либо нейролептиков, антидепрессантов, корректоров поведения, выбор которых осуществляли с учетом тяжести психического состояния пациенток. Кроме того, на стационарном этапе проводили психотерапию. Суточные дозы препаратов подбирали индивидуально, с учетом ведущей психопатологической симптоматики, сопутствующей психосоматической и соматической патологии.

Оценку результатов терапии проводили по универсальной Шкале общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale – CGI). Шкала позволяет оценить динамику психического состояния (оценка тяжести состояния – подшкала CGI-S, оценка улучшения состояния – подшкала CGI-I). Дополнительно результаты комплексной терапии (психофармако- и психотерапии) оценивали по 5-уровневой Шкале эффективности терапии пограничного пациента (Семке В. Я., 1979).

До поступления в отделение пограничных состояний женщины уже обращались к гинекологам, эндокринологам, врачам общей практики. С наступлением менопаузы у большинства женщин основной группы происходило усиление истерических проявлений, формирование НППР и гормональные изменения, вызывавшие клинические симптомы климактерических нарушений.

Проведен анализ психопатологической симптоматики (истерические проявления в структуре НППР) у женщин климактерического возраста, определены патогенные факторы (преморбидные, конституционально-биологические, социальные, личностно-психологические), вносящие вклад в формирование истерических проявлений у женщин климактерического возраста с НППР, прослежена динамика заболевания с оценкой результативности терапии.

## 2.2. Методы исследования

Классификацию диагноза НППР проводили по МКБ-10 (1998) и руководству по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии (Чуркин А. А., Мартюшов А. Н., 2004).

Основные методы: 1) клинико-психопатологический метод с оценкой симптоматики у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР (клиническое психиатрическое наблюдение и обследование, клинико-биографический метод); 2) психометрический метод с оценкой выраженности истерических проявлений (Способ диагностики диссоциативных расстройств с помощью психометрической шкалы / Б. Д. Жидких / Патент RU(11)2198590(13)C2.(51)7 A61B5/16. Опубликовано: 2003.02.20) и с оценкой тяжести и динамики психического состояния по Шкале Общего клинического впечатления (CGI) и дополнительно по Шкале эффективности терапии пограничного пациента (Семке В. Я., 1979); 3) психологический метод (определение индивидуально-психологических особенностей при истерических проявлениях у пациенток климактерического возраста с НППР с помощью Стандартизированного многофакторного исследования личности (СМИЛ) (модифицированный тест ММПИ) (Зайцев В. П., 1981); выявление уровней тревожности и депрессии при помощи «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), уровней личностной и ситуативной (реактивной) тревожности по «Шкале самооценки и оценки тревоги Спилбергера–Ханина»; 4) статистический метод (определение частоты признака, доказательство статистической надежности различия по частоте признака).

Так как в основу работу был положен принцип интегративной курации, дополнительно пациентки прошли обследование у терапевта, невролога, офтальмолога. Инструментальные (электроэнцефалография; реоэнцефалография) и лабораторные исследования выполнены в кабинете функциональной диагностики, клинической и биохимической лабораториях НИИ психического здоровья.

### 2.3. Статистическая обработка данных

Полученные данные обработаны статистическими методами с использованием непараметрических методов, поскольку распределение не было равномерным. Для проверки гипотезы о нормальности распределения применялся критерий Колмогорова–Смирнова. Применялась описательная статистика (абсолютные и относительные показатели), признаки охарактеризованы средней арифметической и стандартным отклонением; медианой, верхней и нижней квартилью для количественных показателей. Взаимосвязь качественных признаков исследовалась с помощью метода сравнения долей (Z-преобразование Фишера).

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением пакета стандартных прикладных программ «Statistica for Windows» (Ver. 8.0).

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ  
ЖЕНЩИН С ИСТЕРИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ. НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ  
ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ И СИМПТОМАТИКА НЕПСИХОТИЧЕСКИХ  
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО  
ВОЗРАСТА С ИСТЕРИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

40—60 % женщин климактерического возраста страдают климактерическими нарушениями (Вихляева Е. М., 1998), снижающими качество жизни (Дюкова Г. М., 2009). В 1990 г. в мире таких женщин насчитывалось 457 млн (ВОЗ, 1996), по прогнозам, к 2030 г. их число составит 1 млрд 200 млн. В России растет частота климактерических нарушений: 1980 г. – 37,7 %, 1994 г. – 42,4 %, 2005 г. – до 80 % (Майборода И. Б., 2007), психоэмоциональные и нейровегетативные нарушения достигают 50 %, что провоцирует или заостряет психическую патологию (Тювина Н. А., 1996, 2000): психоэмоциональные (Дикевич Е. А., 2007; Гависова А. А. и др., 2009; Мосягина И. В., 2009), психовегетативные (Татевосян А. Г., 2002), аффективные (Дзеружинская Н. А., 2002) расстройства. Междисциплинарным характером климактерических нарушений объясняется интерес к их изучению психиатрами, неврологами, эндокринологами, гинекологами, терапевтами.

Полифакторная этиология истерических проявлений в структуре НППР требовала комплексную оценку биологических (наследственность, конституция, беременность, роды), психологических (преморбидные особенности, актуальность и длительность психогений), социальных (родительская семья, образование, профессия, воспитание) факторов. В возникновении истерических черт имеют значение осложнения беременности у матери, патологические роды, возраст. Отягощенной наследственностью считают как истерические расстройства у родителей, так и ослабляющие психическую деятельность заболевания (туберкулез, сифилис, алкоголизм) (Алексеева А. Е., Макаров И. В., 2011). Наследственная предрасположенность усугубляется детскими заболеваниями, неправильными формами воспитания. В дальнейшем вследствие неадекватного реагирования из-за завышенных родительских или собственных представлений возникают невротические и истерические реакции.

По мнению В. Д. Менделевича, С. Л. Соловьевой (2002), к возникновению патохарактерологических расстройств (в том числе истерических проявлений) приводит появление в жизни больного «заинтересованного лица» в судьбе больного, на которое перекладывается часть забот. У значительной части больных невротической депрессией на фоне нейровегетативных и сенсомоторных проявлений истерии (например, в виде истерических припадков) общее состояние даже субъективно улучшалось.

### 3.1. Социально-демографическая характеристика женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств

Возраст как биологическая характеристика индивида влияет на психическое здоровье, тем более тогда, когда речь идет о старении организма. Менопауза определяется как медико-социальная детерминанта гендерного статуса женщины (Ковалева М. Д., 2005). В связи со сказанным при рассмотрении особенностей у женщин с истерическими проявлениями учитывали: 1) биологические (половые) особенности женского организма в климактерический период; 2) социально-гендерную специфику с осознанием гормональной перестройки по окончании фертильного периода, началом физиологического старения, что приводит к изменению образа жизни с новой ценностной системой (востребованностью физической и психической активности) или, наоборот, к пессимизму (сужение круга общения, затрудненная адаптация к изменившимся условиям, снижение интеллектуальных и физических возможностей), что приводит в конечном счете к развитию НППР.

*Возраст.* Основная группа: 93 женщины с истерическими проявлениями в среднем возрасте  $51,49 \pm 4,13$  года (95% доверительный интервал (ДИ) 49–54 года); группа сравнения: 34 женщины без истерических проявлений в среднем возрасте  $51,44 \pm 5,0$  года (95%, ДИ 50–53 года). Средний возраст менопаузы в России и европейских странах составляет 50 лет; индивидуальный возраст колеблется от 35 до 65 лет, в среднем – от 46 до 55 лет.

Таблица 2 – Социально-демографическая характеристика пациенток климактерического возраста с НППР

Показатель	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Семейное положение						
Замужем	64	68,82	25	73,53	89	70,08
Разведена	14	15,05	6	17,65	20	15,75
Вдова	10	10,75	3	8,82	13	10,23
Не замужем	5	5,38	0	0,0	5	3,94
Социальный статус						
Работает	66	70,97	23	67,65	89	70,08
Пенсионерка	21	22,58	7	20,59	28	22,05
Безработная	6	6,45	3	8,82	9	7,09
Инвалидность	0	0,0	1	2,94	1	0,78
Состав семьи						
С супругом	48	51,61	20	58,82	68	53,54
С супругом и детьми	16	17,21	5	14,71	21	16,54
Живет одна	14	15,05	6	17,65	20	15,75
С детьми	15	16,13	3	8,82	18	14,17
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание.  $p > 0,05$ .

*Семейное положение.* Большинство женщин основной группы и группы сравнения состояли в зарегистрированном браке (68,82 и 73,53 %). Более чем в 4 раза реже были разведены (15,05 и 17,65 %), более чем в 6 раз реже были вдовы (10,75 и 8,82 %). Число незамужних было самым низким (5,38 и 0,0 %) ( $p > 0,05$ ) (табл. 2). Тот факт, что большинство пациенток обеих групп были замужем, говорит о стабильности в их жизни, уверенности в завтрашнем дне, занятость семейным бытом повышает чувство личностной значимости. С другой стороны, невротизация, связанная с тяжелыми болезнями или проблемными ситуациями собственными или членов семьи, способствовала заострению истерических проявлений и формированию НППР как у женщин основной группы, так и группы сравнения. Более высокая доля вдов в сравнении с незамужними свидетельствует об общедемографических процессах в России, в частности о большей продолжительности жизни женского населения, чем мужского.

Такие патохарактерологические особенности женщин с истерическими проявлениями, как склонность к доминированию, снижение эмпатии, эгоцентрические и внешнеобвиняющие установки, раздражительность, иногда служили причиной разрыва продолжительных супружеских отношений.

Следует указать на случай повышенного полового влечения у пациентки основной группы с поиском нового партнера и неослабевающей потребностью на фоне климактерических нарушений в половом удовлетворении (данный случай ассоциирован с эротическим компонентом у личности с истерическими чертами). По В. Я. Семке (2008), гротескное усиление полового чувства часто возникает в климактерическом возрасте и способствует тревожно-депрессивным состояниям; болезненная реакция на половое увядание у истерических натур протекает в рамках полисиндромной картины инволюционной истерии.

Большинство пациенток основной группы и группы сравнения в климактерическом возрасте сохранили присущие им с молодых лет (с замужества) взгляды на роль женщины в семье, воспринятые в родительской семье и ближайшем окружении. Незначительная часть из них высказывала негативное и холодное отношение к сексу, вытесняя сексуальный компонент отношений массивными ипохондрическими переживаниями в связи с климактерическими нарушениями.

*Социальный статус.* В эволютивной динамике важна роль социальной адаптации/дезадаптации личности как процесс обретения баланса между социальными нормами и поведением индивидов. Несмотря на то что климактерический возраст совпадает с пред- и началом пенсионного, в обеих группах преобладали работающие (70,97 и 67,65 %) по сравнению с пенсионерками (22,58 и 20,59 %) и безработными (6,45 и 8,82 %). У 1 пациентки группы сравнения была инвалидность по соматическому заболеванию (2,94 %) ( $p > 0,05$ ) (табл. 2).

Преобладание работающих подтверждает удовлетворительную трудовую адаптацию обследованных, сохранение ими к климактерическому возрасту профессиональных навыков, накопленных за трудовую деятельность. Трудовая мотивация пациенток повышалась при соответствии уровней профессионализма и материальной заинтересованности. Самоактуализации пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР благоприятствовал творческий характер труда. Продолжение трудовой деятельности помогало пациенткам обеих групп воплощать социальную активность и предприимчивость, особенно у женщин с истерическими проявлениями, удовлетворяя их желание быть на виду, не

уходя только в заботы о домашнем быте. Следует заметить, что истерические проявления в структуре НППР, как менее тяжкие в общем регистре психических расстройств, не вызывали снижения социального статуса.

Отсутствие трудовой занятости примерно у трети обследованных женщин (29,03 и 32,35 %;  $p > 0,05$ ) повышало невротизацию, астенизацию и ипохондрию, усиливая истерические проявления и приводя к формированию НППР. В климактерическом возрасте в связи с начавшимся снижением когнитивных функций женщины хуже, чем в молодом и среднем возрастах, осваивали новые виды деятельности. Истерический конфликт у пациенток основной группы связан с высокими притязаниями и завышенной оценкой своих заслуг при недооценке реальности и неспособности тормозить не соответствующие условиям желания («низкая» оплата труда якобы не соответствует их трудовому вкладу), отсюда жалобы и обиды на «бездушное начальство», «недоброжелательных коллег».

По В. Я. Семке (2008), истерический радикал иногда способствует адаптации пациентов в социуме за счет имитационных способностей, жажды внимания и потребности в одобрении.

*Состав семей.* У пациенток климактерического возраста с НППР обеих групп более чем в половине случаев выявлено проживание с супругом (51,61 и 58,82 %;  $p > 0,05$ ) с разной удовлетворенностью супружескими отношениями, связанной с разной степенью взаимной эмпатии. С меньшей частотой встречалось проживание с супругом и детьми (17,21 и 14,71 %;  $p > 0,05$ ). При наличии взрослых детей, не имеющих возможности жить отдельно, совместное проживание с родительской семьей порождало рассогласованность действий, взаимное непонимание в рамках конфликта поколений (табл. 2).

Проживание примерно шестой части пациенток климактерического возраста с НППР обеих групп в одиночестве (15,05 и 17,65 %;  $p > 0,05$ ) с погруженностью в собственный мир и свои переживания часто вело к ограничению коммуникативных связей в кризисный климактерический период, переживанию бессмысленности жизни, даже при состоявшейся карьере и продолжении профессиональной занятости. Изолированность от семьи пациенток основной



группы вступала в противоречие с необходимым признанием со стороны близких в силу их истерического радикала личности.

Проживание пациенток климактерического возраста с НППР со взрослыми детьми (16,13 и 8,82 %;  $p>0,05$ ), с одной стороны, позитивно влияло на их психическое состояние, восполняя чувство востребованности близкими. Однако если взрослые дети относились к группам «риска» (в основном аддиктивное поведение), это травмировало женщин, превращая в созависимых, жертвующих или обвиняющих матерей, психофизиологические перегрузки и рассогласование интересов членов семьи заостряли семейные конфликты (табл. 2).

*Место жительства.* В обеих группах пациенток климактерического возраста с НППР преобладали горожанки, проживавшие как в областном центре Томске (50,54 и 50,0 %), так и в ЗАТО Северске (30,11 и 20,59 %) в сравнении с жительницами Томской области (19,35 и 29,41 %) ( $p>0,05$ ) (рис. 2).



Рис. 2. Место жительства пациенток климактерического возраста с НППР  
Примечание.  $p>0,05$ .

Согласно данным Всероссийской переписи (2010), Сибирский федеральный округ относится к наиболее населенным регионам (как Центральный и Приволжский ФО). В Томской области, где проживает 1045,5 тысяч жителей, продолжается урбанизация (70,2 % горожан); женщин (53 %) насчитывается на 62 тысячи больше, чем мужчин. Полученные нами показатели относительно места жительства пациенток климактерического возраста с НППР с преобладанием городских жительниц согласуются с общероссийскими данными.

Место проживания в 30-километровой близости к Сибирскому химическому комбинату в незначительном числе случаев было фактором стресса (особенно у жительниц Северска) из-за страха повторения радиационной аварии (1993 г.). Наблюдающаяся в Сибирском регионе тенденция к ухудшению экологической обстановки в связи с экономической активностью в развитии техносферы с угрозой здоровью и воспроизводству будущих поколений, ориентация современной женщины на карьеру и профессиональную реализацию со снижением детности семей, ускоряющийся темп жизни, возрастающий груз соматической патологии, связанный с экологическим риском, – всё это еще более дестабилизирует психическое здоровье женщин вообще и в климактерическом возрасте в частности.

Л. В. Серебренникова, Е. Я. Каждан (2010) связывают рост НППР и усиление истероидной симптоматики с моральным и психофизическим перегрузками в условиях урбанизации общества, модернизации и компьютеризации производства, эколого-радиационного неблагополучия.

*Образование.* Среди пациенток климактерического возраста с НППР в основной группе и группе сравнения выявлено преобладание среднего (51,61 и 52,94 %) и высшего (45,16 и 47,06 %) образования. Только в основной группе зафиксирован минимальный уровень начального образования (3,23 и 0,0 %) ( $p > 0,05$ ) (рис. 3).

Полученное распределение по образовательному цензу пациенток климактерического возраста с НППР связано со следующими обстоятельствами. Томск со времен доперестроечного периода сохраняет лидирующие позиции в системе российского образования, отсюда высокий процент пациенток климактерического возраста с НППР со средним и высшим образованием. К тому же все они получили образование в ту пору, когда оно было бесплатным, а среднее даже являлось обязательным и всеобщим (в общеобразовательной школе либо среднее профессиональное в училищах и техникумах); соответственно этим объясняется также и низкая доля зарегистрированного начального образования в основной группе.

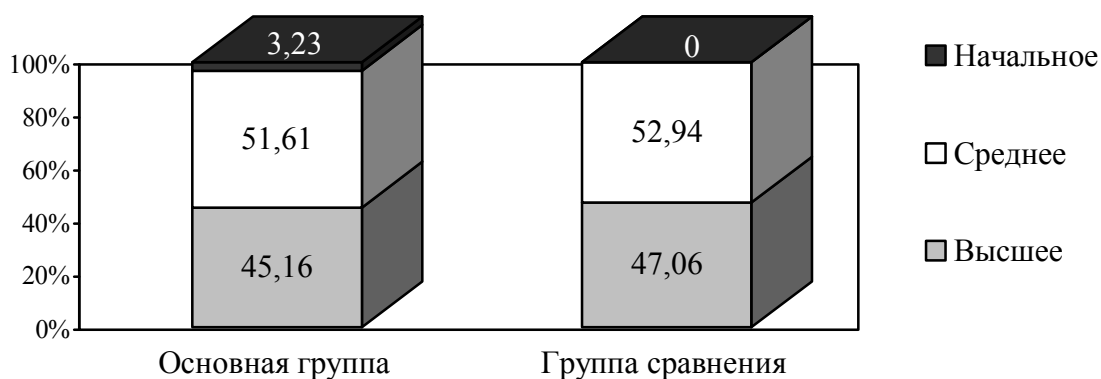


Рис. 3. Образовательный уровень пациенток климактерического возраста с НППР  
Примечание.  $p > 0,05$ .

Образ жизни, характер труда, образование не определяют нозологическую структуру НППР и усиление истерической симптоматики в менопаузе. Помимо того, возрастающие личностные проблемы у женщин климактерического возраста не связаны напрямую со снижением уровня эстрогенов. Психопатологическая симптоматика в основном обусловлена средовыми стрессорными факторами (социально-экономические: выход на пенсию со снижением финансовой обеспеченности, угроза сокращения на работе из-за пред- и пенсионного возраста, необходимость долговременной оплаты кредитов, несмотря на снижение доходов, изменившееся семейное положение из-за развода, вдовства, возросшие эмоциональные нагрузки, вредные привычки в виде переедания, курения, несоблюдение рекомендуемого правильного образа жизни, особенно в ходе перестройки организма женщины в климактерическом возрасте).

Так как истерические проявления наследуются и усиливаются в «невропатической семье» (Charcot J. M., 1889), нами были изучены семейные отношения обследованных женщин. Пациентки, с детских лет имевшие истерические проявления, испытывая реальный или надуманный дефицит родительской любви, зачастую конструировали модель поведения с использованием компонента «желаемой болезни», чтобы обрести повышенное внимание родных.

Отношения в семьях обследованных оценивались по Шкале семейной адаптации (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2006): нормально функционирующая (гармоничная) семья; дисфункциональная (негармоничная) семья. У пациенток основной группы (70,97 %) и группы сравнения

(58,82 %) семейные взаимоотношения чаще были дисгармоничными из-за эмоционально-психологического непонимания. Дисфункциональные супружеские и родительско-детские отношения вызывали неудовлетворенность женщин ролью жены и матери; нарушение эмоциональной связи с родными способствовало фиксации истерических проявлений и формированию НППР.

Гармоничные отношения с чувством ценности и значимости каждого члена семьи более чем в 2,5 раза реже отмечались у пациенток основной группы (13,98 %) в сравнении с пациентками группы сравнения (35,29 %). Чувство психологической гармонии в семье подтверждало умение пациенток климактерического возраста с НППР не только контактировать с близкими, но и в целом их гармоничность в коммуникативной сфере. Безразличный стиль в 2,5 раза чаще встречался у пациенток основной группы (15,05 %), нежели у пациенток группы сравнения (5,89 %). Равнодушный, безразличный стиль характеризовался незаинтересованным, индифферентным отношением к ценностным ориентациям близких, эгоцентрической направленностью, приоритетом индивидуализма, особенно у пациенток основной группы (рис. 4) ( $p>0,05$ ).

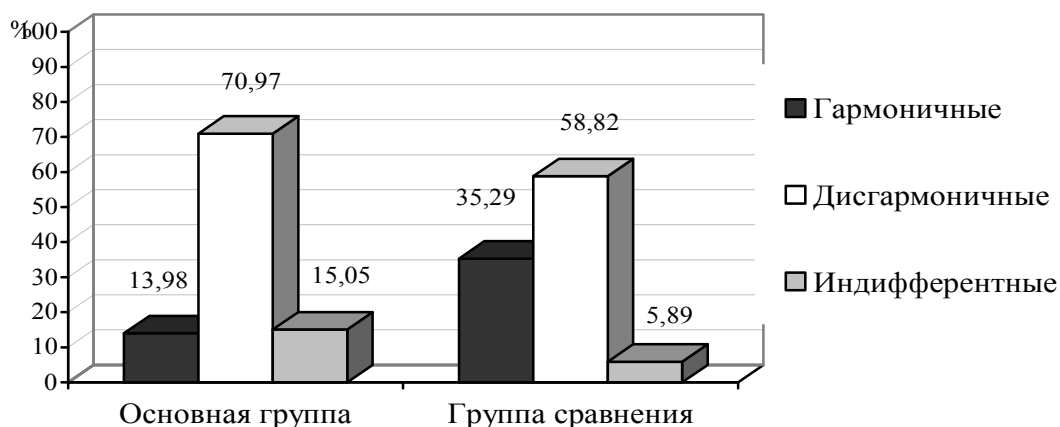


Рис. 4. Отношения в семье у пациенток климактерического возраста с НППР  
Примечание.  $p>0,05$ .

Онтогенез в развитии истерических проявлений у пациенток с НППР в климактерическом возрасте связан с неблагоприятным воздействием совокупных биологических (генетических, конституциональных, экзогенно-органических), социально-психологических и средовых факторов. Подтверждением тому служит высказывание Г. К. Ушакова (1978): «Континуум “реакция – почва”...

лежит в основе изменений жизнедеятельности организма». Отрицательное влияние неблагоприятного микросоциума способствует усилению истерических проявлений и развитию НППР с наступлением климакса.

Таким образом, социально-демографическая характеристика женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР показала, что такие параметры, как семейное положение, социальный статус, место жительства, образование, состав семей, отношения в семье, не обнаруживали взаимосвязи с частотой истерических проявлений в структуре НППР ( $p > 0,05$ ).

### 3.2. Факторы, определяющие особенности личности в преморбиде, у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств

Преморбидная акцентуация истерических черт и истерических проявлений в климактерическом возрасте усиливается в связи с непереносимостью личностно-значимых психологических ситуаций: переживание «непонимания», черствость или равнодушие близких, особенно пренебрежение со стороны мужа и детей, семейные и производственные конфликты. Возникающие истерические реакции характеризуются разнообразием, непоследовательностью, нестойкостью. Попеременное или сочетанное действие отрицательных микросоциальных вредностей определяет повышенную ранимость и сенсibilизацию к последующему «срыву». На этом фоне реализуются истерические механизмы в структуре НППР: «бегства в болезнь», «условной приятности» болезненного симптома, внушаемости и самовнушаемости (Семке В. Я., 2008).

Так как причина невроза пациенток взрослого возраста, в частности климактерического, часто кроется в детских установках, нами были изучены особенности микросоциума в детстве. Большинство пациенток основной группы и группы сравнения проживали в полной семье (78,49 и 88,24 %;  $p > 0,05$ ). С большим отрывом следовало проживание в неполной семье (13,98 и 2,94 %;  $p > 0,05$ ). В семье с отчимом выросли только пациентки основной группы (7,53 и 0,0 %;  $p > 0,05$ ). В семьях родственников проживали 3 пациентки группы сравнения (8,82 %;  $p > 0,05$ ) (табл. 3).

Таблица 3 – Факторы, определяющие особенности личности в преморбиде, у пациенток климактерического возраста с НППР

Показатель	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Особенности микросоциального окружения в детстве</b>						
Полная семья	73	78,49	30	88,24	103	81,10
Неполная семья	13	13,98	1	2,94	14	11,02
Наличие в семье отчима	7	7,53	0	0,0	7	5,52
Воспитание у родственников	0	0,0	3	8,82	3	2,36
<b>Условия воспитания</b>						
Гиперопека	32*	34,41	5	14,71	37	29,13
Культ болезни	30*	32,26	5	14,71	35	27,56
«Кумир семьи»	31*	33,33	5	14,71	36	28,35
Гипоопека	0	0,0	7	20,59	7	5,52
Нормальное, последовательное	0	0,0	6	17,64	6	4,72
В условиях жестких взаимоотношений	0	0,0	6	17,64	6	4,72
<b>Детский невротизм</b>						
Страхи (оставаться одной, не соответствовать ожиданиям родителей и учителей, неудач, успехов, критики взрослых, некрасивой внешности)	33**	35,48	4	11,76	37	29,13
Расстройства сна	31*	33,33	4	11,76	35	27,56
Нарушения речи, заикание	27*	29,03	4	11,76	31	24,41
Трудности контакта	1	1,08	12	35,30	13	10,24
Апатичность	1	1,08	10	29,42	11	8,66
<b>Ситуативно-личностные реакции поведения в подростковом возрасте</b>						
Эмансипации	28*	30,11	4	11,76	32	25,20
Группирования со сверстниками	22*	23,66	2	5,88	24	18,90
Реакции, связанные с повышенным вниманием к своей внешности	18*	19,36	1	2,94	19	14,96
Увлечения (хобби-реакция)	15	16,12	14	41,19	29	22,83
Оппозиции	10	10,75	13	38,24	23	18,11
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

Воспитываясь даже в полной семье, но с неблагоприятной семейной атмосферой, негармоничными отношениями родителей, пациентки основной группы с детства испытывали неуверенность, тревогу. Подверженность к истерическим проявлениям часто усиливалась, если детей воспитывала только одна мать и на неё была возложена двойная нагрузка – и заботы, и поддержания материального достатка, в связи с чем времени на воспитание, как правило, не хватало, а также в семьях с дистанцированным от ребенка отчимом, в приемной семье у родственников с отсутствием материнской любви, т. е. очевидно негативное влияние проблемной семейной среды, особенно у пациенток основной группы.

С детства условия и особенности формирования личности определяют эмоциональное реагирование и последующие отношения с окружающим миром. У большинства пациенток основной группы с раннего возраста истерическое реагирование было направлено на признание их исключительности. Стремление к выделению из окружающей среды уживалось у них с капризностью, обидчивостью, ранимостью, истерическим вытеснением заслуг сверстников. Малейшая неудача в учебе вызывала переживания из-за страха потерять имидж хорошей ученицы, лишиться расположения учителя. Несмотря на поверхностность в общении, зачастую они становились лидерами в детских коллективах. Всё это соответствовало желанию личностей с истерическими проявлениями соответствовать «идеальному образу» («жаждущие повышенной оценки» – по характеристике К. Schneider [1923]). Присущее с юных лет пациенткам основной группы фантазирование перерастало в подростково-юношеском возрасте в мечтательность о романтических отношениях с лицами противоположного пола.

При изучении преморбидных особенностей женщин обеих групп использован клинико-биографический метод. В преморбиде пациенток основной группы в сопоставлении с пациентками группы сравнения по анамнестическим данным с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) отмечались такие типы воспитания, как гиперопека (34,41 и 14,71 %), культ болезни (32,26 и 14,71 %), кумир семьи (33,33 и 14,71 %). Только у пациенток группы сравнения отмечались гипопека (20,59 %), нормальное, последовательное воспитание (17,64 %) и воспитание в условиях жестких взаимоотношений (17,64 %) с тенденцией к отсутствию таких типов воспитания в основной группе (табл. 3).

Психофизический инфантилизм способствует формированию истерических проявлений, усиливающихся в условиях избалованности, удовлетворения капризов (кумир семьи, гиперопека) (Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я., 1994; Семке В. Я., 2008). Потворствующая гиперпротекция усиливала в преморбиде эгоистические установки, культивировала самолюбование, эгоцентризм, стремление привлечь к себе внимание, нарушения адаптации в среде сверстников у пациенток с истерическими проявлениями. Усилению истерических про-

явлений способствовало и воспитание в «культе болезни» с атмосферой повышенного внимания из-за их «слабости и болезненности», с вживанием в роль больного, внушением инфантильности, что усиливало их демонстративную капризность и требование поблажек («освободили от экзамена, так как проболела всю четверть»). С другой стороны, невротические черты формировались, если ребенка отвергали, предпочитали ему других, лишали внимания – таков тип жестких отношений у пациенток группы сравнения с игнорированием интересов ребенка, третированием, неприятием его запросов.

Помимо того, в преморбиде у пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще, чем у пациенток группы сравнения, встречались различные формы детского невротизма: страхи (остаться одной, не соответствовать ожиданиям родителей и учителей, неудач, неуспехов, критики взрослых, некрасивой внешности) (35,48 и 11,76%;  $p < 0,01$ ), расстройства сна (33,33 и 11,76 %;  $p < 0,05$ ), нарушения речи, заикание (29,03 и 11,76 %;  $p < 0,05$ ). При этом выявлена тенденция к редкой встречаемости у пациенток основной группы трудностей контакта (1,08 и 35,30%;  $p > 0,05$ ) и апатичности (1,08 и 29,42 %;  $p > 0,05$ ) (табл. 3).

В подростковом возрасте по данным анамнеза у пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ), чем у пациенток группы сравнения, наблюдались ситуативно-личностные реакции поведения: 1) реакции эмансипации со стремлением к самостоятельности, самоутверждению, уходу от родительской гиперопеки (30,11 и 11,76 %); 2) группирования со сверстниками с расширением межличностных контактов, стремлением занимать лидерскую позицию в своей микрогруппе (23,66 и 5,88 %); 3) повышенного внимания к своей внешности с переживанием несоответствия идеальному образу (19,36 и 2,94 %).

Кроме того, в основной группе пациенток при сопоставлении с группой сравнения выявлена тенденция к меньшей встречаемости реакции увлечения (хобби-реакция) (16,12 и 41,19 %;  $p > 0,05$ ) со стремлением к самовыражению и реакции оппозиции (10,75 и 38,24 %;  $p > 0,05$ ), выражавшей протест против требований родителей или учителей. Несмотря на то что пациентки основной группы в преморбидном периоде часто занимались в художественных кружках или



спортивных секциях, они быстро утрачивали к этим занятиям интерес и переключались на другое, если не имели хороших результатов или не добивались внимания в ближайшем окружении.

Начальный этап фиксации истерических проявлений у пациенток основной группы характеризовался инфантилизмом, эгоцентричностью, желанием благ для себя и принижением интересов других, частой демонстрацией симптомов заболевания в виде истерических копий для получения льготы в учебе или послабления родительских требований. В анамнезе у пациенток основной группы в детстве отмечались единичные случаи падения на пол с криком, плачем, ударами ног из-за отказа родителей выполнить их просьбу сразу.

Помимо того, при сборе анамнеза у пациенток основной группы отмечались эпизоды затрудненного/учащенного дыхания, кратковременной утраты речи, что мы расценивали как респираторно-аффективный компонент вследствие истерической реакции в ответ на «несправедливое» к ним отношение. Обмороки, головокружения, как правило, происходили в присутствии посторонних лиц и не наносили повреждений. Одна из пациенток основной группы сообщала, что в юношеском возрасте «неадекватная» родительская позиция (категорический запрет встречаться с молодым человеком) вызывала у нее рвоту (очевидно, истерического происхождения). Другая пациентка основной группы сообщала об имевшем место в анамнезе кратковременном и резком снижении зрения в ответ на сообщение молодого человека о разрыве отношений, хотя планировали свадьбу (эпизод истерической слепоты – амавроз). Ещё у одной пациентки с юношеских лет отмечались эпизоды астазии-абазии (впервые «ноги отнялись» во время сильного волнения на экзамене по математике, не могла самостоятельно встать из-за парты и покинуть класс).

Таким образом, изучение преморбидных особенностей пациенток климактерического возраста показало, что истерические проявления с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) углублялись в условиях воспитания по типу гиперопеки (34,41 %), культа болезни (32,26 %), кумира семьи (33,33 %). Истерическим проявлениям с достоверной значимостью чаще сопутствовали разные формы дет-

ского невротизма: страхи (35,48 %;  $p < 0,01$ ), расстройства сна (33,33 %;  $p < 0,05$ ), нарушения речи, заикание (29,03 %;  $p < 0,05$ ). При истерических проявлениях с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) в репертуаре ситуативно-личностного реагирования в анамнезе встречались реакции эмансипации (30,11 %), группирования (23,66 %), повышенного внимания к внешности (19,36 %).

### 3.3. Психотравмирующие факторы у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств

По мере онтогенетического развития истерическая симптоматика нарастала, занимая ведущее место в личностной структуре у пациенток с истерическими проявлениями. Продолжавшаяся в климактерическом возрасте психотравматизация всё больше усугубляла личностную дисгармонию женщин, заостряя истерические проявления и приводя к формированию НППР – в большинстве случаев в обеих группах женщин в виде расстройств адаптации (35,48 и 41,17 %) и тревожных расстройств (27,96 и 29,41 %).

В условиях психогенной ситуации пременопаузы с нерегулярными месячными, перепадами настроения, набором веса у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР вначале доминировала астеническая симптоматика (усталость, адинамия, вялость, слабость), парестезии и гипостезии на фоне климактерических нарушений и беспокойства в связи с невозможностью управлять ситуацией. По мере развития на основном этапе у пациенток основной группы происходило усиление ипохондричности, сенситивности, тревожности (Семке В. Я., 2008).

Острый период психоэмоционального реагирования вызван психотравмой от перенесенного стресса разной природы, зачастую с дополнительно наложившимся переживанием наступления климакса и невозможностью пациенток основной группы самостоятельно нейтрализовать его значимость и переключить интересы в иную сферу. В последующем острая реакция на стресс (семейный, производственный и пр.) пациентками основной группы перерабатывалась с включением механизма истерической интерпретации и усиливалась

в результате новых стрессовых воздействий; психоэмоциональное напряжение сопровождалось утомляемостью с астенией. На заключительном этапе пациентки все больше фиксировались на эмоциональном переживании психогенной ситуации с истерическим компонентом. Таким образом, психогенно травмирующие факторы нарушают адаптацию женщин в социуме, а их хронический характер заостряет истерические проявления, приводя к развитию НППР у пациенток климактерического возраста.

*Психотравматизация.* Нами были изучены основные субъективно значимые психогенные факторы, способствующие заострению истерических проявлений и развитию НППР у пациенток климактерического возраста. К числу психогенных факторов у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения, имеющих статистически значимую достоверность, отнесена хроническая, пролонгированная психогенная ситуация (80,65 и 58,82 %;  $p < 0,05$ ). Длительная травматизация, начавшаяся задолго до климактерического возраста, не только усиливала тяжесть истерической симптоматики, но и способствовала формированию НППР. Вместе с тем у пациенток основной группы отмечалась тенденция к более редкой встречаемости острой, непродолжительной психотравматизации (19,35 и 41,18 %;  $p > 0,05$ ) (табл. 4).

Повторная и длительная хроническая психотравматизация, с каждым разом усиливавшая состояния тревоги, напряженности, беспокойства с сопутствовавшими климактерическими нейровегетативными (сердцебиение, потливость) и психоэмоциональными нарушениями, является фактором формирования НППР у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями.

В литературе указывается на изменение характера психотравмирующих воздействий за последние годы с переключением их в микросоциальную сферу: с учётом инволюционных пертурбаций физическая перестройка организма переживается женщинами болезненно, создавая основу для аномальных реакций. Со всей остротой на передний план выходят факторы психической травматизации – плохое материальное обеспечение, пенсионное банкротство, соматоневрологическое неблагополучие (Семке В. Я., Епанчинцева Е. М., 2005).

Таблица 4 – Факторы психотравматизации у пациенток климактерического возраста с НППР

Показатель	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Характер психотравматизации</b>						
Хроническая, затяжная	75*	80,65	20	58,82	95	74,80
Острая, непродолжительная	18	19,35	14	41,18	34	25,20
Итого	93	100	34	100	127	100
<b>Семейные психогении</b>						
Развод с мужем, измена мужа, постоянные конфликты с супругом	56*	60,22	13	38,24	69	54,33
Переживание проблем детей или внуков (неудачная семейная жизнь, развод, употребление ПАВ, плохая учеба, аддиктивное поведение)	20	21,51	10	29,41	30	23,62
Конфликты с родителями, родственниками	17	18,27	11	32,35	28	22,05
<b>Социальные психогении</b>						
Низкий уровень материальной обеспеченности	56**	60,22	11	32,35	67	52,76
Выплата денежных кредитов, хроническая задолженность банкам	36*	38,71	5	14,71	41	32,28
Безработица личная, членов семьи	1	1,07	18	52,94	19	14,96
<b>Производственные психогении</b>						
Нежелательный выход на пенсию, увольнение по сокращению штатов, понижение в должности из-за возраста	68**	73,12	15	44,12	83	65,35
Конфликты на работе (с начальством, коллегами)	14	15,05	11	32,35	25	19,69
Перегрузки на работе, сменный график работы	11	11,83	8	23,53	19	14,96
<b>Психогении в связи с проблемами здоровья</b>						
Собственного	53*	56,99	12	35,29	65	51,18
Супруга, детей	38*	40,86	6	17,65	44	34,65
Родителей, других членов семьи	2	2,15	16	47,06	18	14,17
<b>Психогении в связи с наступлением климакса</b>						
Грядущая старость, беспомощность, тяжелые болезни, инвалидизация	55**	59,14	11	32,35	66	51,97
Утрата женственности, привлекательности, сексуальности	35*	37,63	6	17,65	41	32,28
Утрата прежнего статуса в семейной, производственной сферах	3	3,23	17	50,00	20	15,75
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

*Семейные психогении.* К числу семейных психогений у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения, имеющих статистически значимую достоверность, относился развод с мужем (60,22 и 38,24 %;  $p < 0,05$ ). Расторжению брака предшествовали не только измены мужа, но и супружеские

конфликты из-за алкоголизации мужа, взаимного непонимания или чувства внутреннего одиночества при формальном наличии полной семьи в связи холодными отношениями с супругом, сексуальная и психологическая неудовлетворённость браком. Часть пациенток основной группы в соответствии с механизмом истерического вытеснения, несмотря на высказываемые жалобы на супружескую неверность и семейные конфликты, поддерживала имидж «благополучной» семьи, чтобы «достойно» выглядеть в глазах окружающих и тем самым поднять планку своей значимости, вызвать расположение и одобрение. Деструктивные отношения с мужем способствовали обострению истерических проявлений в климактерическом возрасте и формированию НППР.

В ряду семейных психогений у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения на уровне тенденции с меньшей частотой отмечались переживание проблем детей или внуков (неудачная семейная жизнь, развод, употребление ПАВ, плохая учеба, аддиктивное поведение) (21,51 и 29,41 %) и конфликтные взаимоотношения с родителями, родственниками (18,27 и 32,35 %). Данный факт объясняется противоречием между стремлением пациенток с истерическими проявлениями любым способом обратить на себя внимание, произвести выгодное впечатление и наличием «неудачных» детей, «проблемных» внуков и пр.

*Социальные психогении.* Основными социальными психогениями у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения, имеющих статистически значимую достоверность, являлись низкий уровень материальной обеспеченности (60,22 и 32,35 %;  $p < 0,01$ ) и выплата денежных кредитов (38,71 и 14,71 %;  $p < 0,05$ ). Низкая материальная обеспеченность у пациенток основной группы зачастую была связана с высокими ежемесячными выплатами кредитов, хронической задолженностью банкам, просрочкой в оплате кредитов, которые они заключали по механизму истерического самовнушения, без трезвого расчета своих реальных доходов. Из-за нехватки денежных средств это приводило к судебным разбирательствам с банками, задолженности по оплате жилищно-коммунальных услуг. В результате они и их семьи оказывались перед угрозой

лишиться собственности, подвергнуться конфискации имущества по решению суда. Хотя число работающих (70,97 и 67,65 %), пенсионеров (22,58 и 20,59 %) и безработных (6,45 и 8,82 %) в обеих группах было практически одинаково, выявлена тенденция к тому, что пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения в меньшей степени беспокоил такой фактор, как безработица собственная или членов их семьи (1,07 и 52,94 %;  $p < 0,05$ ) (табл. 4). Очевидно, это связано с механизмом истерического вытеснения у пациенток основной группы. Часть пациенток с истерическими проявлениями перекладывала ответственность за материальное благополучие семьи на супруга или взрослых детей, считая неприемлемой для себя главную роль в поддержании материального достатка. Оправдывая инфантильную позицию, они ссылались на свою «непрактичность» или на «проблемы со здоровьем». Даже затруднительное материальное положение семьи не избавляло некоторых из них от эгоистичных устремлений ставить свои интересы на первое место, добиваясь вторичной выгоды.

*Производственные психогении*, несмотря на близость с категорией социальных психогений, рассматривались как самостоятельный фактор психотравматизации. К числу производственных психогений у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения, имеющих статистически значимую достоверность, относились нежелательный выход на пенсию, увольнение, понижение в должности, неудовлетворенность зарплатой (73,12 и 44,12 %;  $p < 0,01$ ). Прекращение трудовой деятельности помимо их желания, смена социального положения из-за выхода на пенсию становилось для женщин психической травмой, приводило к слому жизненного стереотипа, идеям пенсионного банкротства, дефициту общения, снижению самооценки, уверенности в себе. Иногда даже мелкие неприятности на работе, игнорировавшиеся в молодом возрасте, вызывали «душевные переживания» – настолько был значим производственно-трудовой фактор. Вместе с тем у пациенток основной группы выявлена тенденция к меньшей встречаемости психогений из-за конфликтов на работе с начальством и коллегами (15,05 и 32,35 %;  $p > 0,05$ ), перегрузок на работе и сменного графика работы (11,83 и 23,53 %;  $p > 0,05$ ) (табл. 4).

*Психогении в связи с угрозой здоровью.* К числу психогений угрозы здоровью у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения, имеющих статистически значимую достоверность, относились ухудшение собственного здоровья (56,99 и 35,29 %;  $p < 0,05$ ), здоровья членов семьи – супруга и детей (40,86 и 17,65 %;  $p < 0,05$ ). Пациентки основной группы в первую очередь сообщали о волновавших их проблемах собственного здоровья, начавшихся задолго до климакса и тем более обострившихся в связи с климактерическими нарушениями как в психической сфере, так и в разных системах организма, что вызывало страх неизлечимых болезней и инвалидизации. Помимо того, тревогу и озабоченность вызывали проблемы здоровья супруга и детей, что связано с эгоцентризмом женщин с истерическими проявлениями. Тревожные опасения по поводу здоровья у пациенток основной группы вызывали алгическую, сенестопатическую, нозофобическую симптоматику. Усугубление истерических проявлений в связи с опасениями по поводу здоровья сопровождалось утомляемостью, колебаниями настроения, тревогой по незначительному поводу, ожиданием неприятностей, беспричинным беспокойством и переключением внимания близких исключительно на себя. В противовес этому отмечалась тенденция пациенток основной группы к меньшей встречаемости психогений в связи с обеспокоенностью состоянием здоровья родителей и других членов семьи (братьев, сестер) (2,15 и 47,06 %;  $p > 0,05$ ) (табл. 4).

*Психогении в связи с наступлением климакса.* К числу психогений в связи с наступлением климакса у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения, имеющих статистически значимую достоверность, относились грядущая старость, беспомощность, тяжелые болезни, инвалидизация (59,14 и 32,35 %;  $p < 0,01$ ), утрата женственности, привлекательности, сексуальности (37,63 и 17,65 %;  $p < 0,05$ ). И напротив, у пациенток основной группы наблюдалась тенденция к меньшей встречаемости психогений из-за утраты прежнего статуса в семейной и производственной сферах в связи с наступлением климактерического возраста (3,23 и 50,00 %;  $p > 0,05$ ) (табл. 4).

*Психогении, связанные с неестественной смертью*, выявлены в единичных случаях, что объясняется спокойным геополитическим регионом проживания, где нет локальных войн, боевой обстановки. Зафиксированы психогении в результате суицида (1 случай в основной группе) и аварии в результате ДТП со смертельным исходом (1 случай в группе сравнения) у близких родственников.

В ряде случаев преувеличение социальной успешности и семейного благополучия пациентками с истерическими проявлениями в структуре НППР объясняется механизмом вытеснения, когда невыгодные, с их точки зрения, жизненные обстоятельства «игнорируются» (Ганнушкин П. Б., 1933). В беседах с врачом они сообщали о своей «жизненной хватке», умении «видеть людей насквозь», принимать «в трудных обстоятельствах единственно верное решение» – элемент самолюбования подтверждал истерический характер реагирования.

Таким образом, факторами психотравматизации у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР, имеющими статистически значимую достоверность, являлись следующие: хроническая, пролонгированная психотравматизация (80,65 %;  $p < 0,05$ ); из семейных психогений развод с мужем, измены мужа (60,22 %;  $p < 0,05$ ); из социальных психогений низкий уровень материальной обеспеченности (60,22 %;  $p < 0,01$ ), выплата денежных кредитов (38,71 %;  $p < 0,05$ ); из производственных психогений нежелательный выход на пенсию, увольнение, понижение в должности, неудовлетворенность зарплатой (73,12 %;  $p < 0,01$ ); из психогений угрозы здоровью ухудшение собственного здоровья (56,99 %;  $p < 0,05$ ), здоровья супруга и детей (40,86 %;  $p < 0,05$ ); из психогений в связи с наступлением климакса грядущая старость, беспомощность, тяжелые болезни, инвалидизация (59,14 %;  $p < 0,01$ ), утрата женственности, привлекательности, сексуальности (37,63 %;  $p < 0,05$ ). Пациентки основной группы, с детства привыкшие драматизировать любую нестандартную ситуацию, гиперболически переводя её в разряд кризисных, неразрешимых, характеризовались истерическим характером реагирования на психотравматизацию, что усиливало истерические проявления в климактерическом возрасте.



### 3.4. Клинические признаки истерических проявлений в структуре непсихотических психических расстройств у пациенток климактерического возраста

В данном разделе описаны клинические признаки, послужившие основанием для дифференциации истерических проявлений при включении пациенток климактерического возраста с НППР в исследовательскую выборку. Описанные признаки считаются классическими при диагностировании истерии (в соответствии с МКБ-10 и DSM-IV-TR).

К.-Г. Юнг (1921) считал, что «случаи истерии отличаются преувеличенным отношением к лицам окружающей среды», «подражательной приноровленностью к обстоятельствам». Основные черты – «делать себя интересным и вызывать впечатление, внушаемость, восприимчивость к влияниям». Истерический «характер»... как преувеличение нормальной установки... в дальнейшем осложняется привходящими бессознательно реакциями, которые в противовес преувеличенной экстраверсии принуждают психическую энергию при помощи телесных расстройств к интроверсии».

Таблица 5 – Клинические признаки истерических проявлений у пациенток климактерического возраста с НППР

Клинические признаки истерических проявлений по МКБ-10	Основная группа (93 чел.)		Группа сравнения (34 чел.)		Всего (127 чел.)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Самодраматизация, преувеличение эмоций	81***	94,19	5	5,81	86	100,0
Внушаемость, самовнушаемость	59***	93,65	4	6,35	63	100,0
Поверхностность и лабильность эмоциональности	64***	91,43	6	8,57	70	100,0
Стремление быть в центре внимания	48***	94,12	3	5,88	51	100,0
Неадекватная возрасту обольстительность, озабоченность внешней привлекательностью	32***	94,12	2	5,88	34	100,0

Примечание. \*\*\* –  $p < 0,001$ . Разность между количеством пациенток и числом клинических признаков истерических проявлений объясняется наличием нескольких признаков у одной пациентки.

Анализ клинической структуры НППР у женщин климактерического возраста показал высокую частоту встречаемости 5 ведущих симптомов истерического симптомокомплекса в основной группе пациенток с высоким уровнем статистически значимой достоверности различий ( $p < 0,001$ ) с группой сравнения.

*Самодраматизация, театральность, преувеличенное выражение эмоций* (94,19 % в основной группе против 5,81 % в группе сравнения;  $p < 0,001$ ). Театральность в поведении у пациенток основной группы характеризовалась аффективностью в мимике, жестах, речи. Драматизация поведения подкреплялась присутствием других людей, вниманием которых подпитывались эмоции женщин, сохранявших инфантильность даже в климактерическом возрасте. Пациентки основной группы тяжело реагировали на утрату внешней привлекательности, упрекали близких людей, особенно мужа, в бездушии и невнимательности, рыдали. Тембр их речи варьировал от шепота до вскриков, речь изобиловала штампами («Ты загубил мою жизнь», «Кому я отдала лучшие годы»). Желание произвести впечатление на окружающих и быть на виду, не будучи гротескным, многим из них удавалось, так как, имея разносторонние интересы и художественно-эстетические наклонности, они действительно вызывали интерес у окружающих.

Драматизируя «тяжелое состояние», пациентки основной группы демонстрировали переживание из-за непонимания со стороны близких истерическими проявлениями – нарушением глотания (афагия) («кусочек в горло не лезет», «боюсь подавиться, если проглочу хоть крошку»), утратой голоса (афония) («от волнения весь день слова не могла произнести»), саккадированным (прерывистым) дыханием, истерической икотой, истерическим «комком», истерическим «гвоздем».

В беседе с врачом они с драматизмом предъявляли жалобы на нарушения вегетативной регуляции (лабильность пульса и АД, гипергидроз, головная боль, бледность кожи, озноб или гипертермия, внутренняя дрожь, неполный вдох, гипервентиляционный синдром), нарушения в моторной сфере (спазмы, снижение мышечного тонуса, дрожание пальцев рук, парестезия), что являлось свидетельством, по их мнению, тяжести соматического страдания. Иногда при отсутствии подтвержденных объективных признаков (например, жалобы на невыносимую головную боль не подтверждались результатами ЭЭГ и других исследований) пациентки выразительно имитировали ранее перенесённые соматические заболевания (истерические «копии») благодаря яркой передаче симптомов «непереносимого» страдания, с эффектной «подачей», демонстративностью.

*Внушаемость, лёгкая подверженность влиянию окружающих или обстоятельств* (93,65 % в основной группе против 6,36 % в группе сравнения;  $p < 0,001$ ). Еще в XIX в. Шарко выдвинул на первое место при проявлениях истерии внушаемость, т. е. неспособность критично воспринимать информацию и легко поддаваться убеждению в сочетании с доверчивостью, наивностью, инфантильностью. Внушаемость у пациенток основной группы порождала агрессию (преувеличение симптомов) из-за неосторожных высказываний и действий медперсонала, повышала риск язтрогенных заболеваний (канцеро-, кардиофобии) и вегетативной дисфункции. Запуск болезненного состояния часто был связан с неопасной врачебной формулировкой, за которой они, однако, усматривали в силу врачебной некомпетентности «страшный» диагноз, или с неверной интерпретацией результатов обследования с последующим поиском врачебной ошибки, для чего они добивались исследования не только патологических, но и нормальных процессов в организме. С механизмом внушения и истерической фиксации связаны функциональные расстройства (например, случай истерического паралича у пациентки основной группы).

*Поверхностность и лабильность эмоциональности* (91,43 % против 8,57 % у пациенток без истерических проявлений;  $p < 0,001$ ). Так как истерический компонент связан с нарушением корково-подкорковых соотношений, это повышает инстинктивность действий (необдуманность и спонтанность поступков, поверхностность, эмоциональность вместо трезвого расчета). Пациентки основной группы со слезами предъявляли многочисленные жалобы (головная боль, слабость, вегетативные расстройства), но быстро успокаивались в ответ на заботливое отношение врача. Лабильное настроение проявлялось в клинической беседе, изменяясь от приподнято-восторженного, если речь шла о событиях, с лучшей стороны характеризующих пациентку, до недовольного, со слезами и упреками в адрес окружающих («я то плачу, то смеюсь, то вновь мне плохо»). Часть пациенток основной группы были сентиментальны, слезливы, болезненно реагировали даже на незначительное замечание в свой адрес, что свидетельствовало, кроме истерического компонента, об органической и астениче-

ской симптоматике. С лабильной эмоциональностью связана не только легкость их вступления в доверительные отношения с окружающими, но и по-детски непродуманные, основанные на сиюминутном впечатлении высказывания и оценка происходящего. Ориентированностью на эмоции, пристрастностью объясняется отсутствие у некоторых пациенток основной группы глубоких отношений и долговременных эмоциональных привязанностей.

*Стремление к признанию со стороны окружающих, находиться в центре внимания* (94,12 % в основной группе против 5,88 % в группе сравнения;  $p < 0,001$ ). В беседе с врачом многие пациентки основной группы сообщали, что с детских лет были «душой компании» и окружены вниманием сверстников. В климактерическом возрасте, как и в молодом, они обижались, если чувствовали недостаток внимания к себе. Поддерживая амплу «быть на виду» и создавать о себе положительное впечатление, они рассказывали окружающим, что всегда «совершали невозможное», да и сейчас готовы «на любые жертвы» ради близких, несмотря на свою «тяжелую болезнь» («моя забота о сыне не знает предела»). При разрыве отношений демонстрировали близким свою боль, вытесняя страдания окружающих. Понимая в глубине души, что мужчины в силу возраста обращают на них меньше внимания, делали акцент на свои незаурядные личностные качества, стремясь к признанию со стороны окружающих. Даже боясь остаться в одиночестве и страшась самостоятельной жизни, шли на разрыв, если продолжение отношений ставило под сомнение их первенство.

*Неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении, озабоченность внешней привлекательностью* (94,12 % в основной группе против 5,88 % в группе сравнения;  $p < 0,001$ ). Находясь в отделении, часть пациенток основной группы, несмотря на немолодой возраст, носили яркую одежду, стараясь привлечь внимание окружающих. Это связано с театральностью их поведения, отсюда зачастую не соответствующая месту пребывания вызывающая одежда, с украшениями, стразами. Другая часть пациенток с истерическими проявлениями, наоборот, предпочитала одежду делового стиля, чтобы опять же подчеркнуть свою серьезность и произвести «достойное впечатление», т.е. под-

твердить свою привлекательность в глазах других. Нередко пациентки использовали в гардеробе излишне много украшений: брошки, цепочки, заколки, чтобы проявить «индивидуальность». Многие из них некритично воспринимали модные новинки со слепым подражанием, вплоть до абсурда. В других случаях будничная одежда и простой внешний облик был неосознанно, но тщательно продуман, чтобы создать у окружающих образ «скромной женщины», все помыслы которой направлены на других, «а о себе некогда даже вспомнить».

По П. Б. Ганнушкину (1933), отношения истерической личности с окружающими полны неуместных проявлений сексуальности с озабоченностью своей физической привлекательностью, трактовкой отношений как более интимных, чем есть на самом деле. А. Бек (2002) отмечает у таких пациентов «привлекательный внешний вид» как «результат постоянного внимания к своей внешности, состоянию своего тела и гардеробу». Даже находясь в условиях стационара, женщины с истерическими проявлениями большое значение придавали своему внешнему облику, стараясь «идеально», как они считали, выглядеть в глазах других пациентов, медперсонала.

Завершают клиническую картину, но не обязательны для проявлений истерии, эгоцентричность, потворство к себе, отсутствие заботы к другим, обидчивость, манипулятивное поведение, мечтательность, склонность к мистицизму, образно-эмоциональное мышление, религиозность, мнимая эротизация отношений. Даже познавательная деятельность личностей с истерическими проявлениями ориентирована на желание, эмоции, т. е. заключается в избыточной пристрастности (Виноградова М. Г., 2004).

В соответствии с DSM-IV, к клиническим признакам истерического расстройства относятся эмоциональность и стремление к вниманию, что проявляется в следующем: 1) дискомфортность, если не является центром внимания; 2) неадекватная обольстительность, провокационное поведение; 3) быстро меняющиеся, неглубокие эмоции; 4) использование внешности для привлечения к себе внимания; 5) самодраматизация, театральность, преувеличенные эмоции; 6) внушаемость; 7) полагает отношения более близкими, чем есть на самом деле.

Таким образом, в российской и американской классификациях заболеваний приведены практически одинаковые клинические признаки, которые были взяты нами за основу для дифференциации истерических проявлений у пациенток климактерического возраста с НППР.

### 3.5. Нозологическая структура и симптоматика непсихотических психических расстройств у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями

Показанное в главе 2 (табл. 1) распределение диагнозов в исследовательской выборке подтверждает широкий спектр вошедших в исследование НППР у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями.

*Расстройства адаптации* (F43) (47 – 37,01 %) составили самую многочисленную группу – более трети исследовательской выборки пациенток климактерического возраста с НППР, с тенденцией к меньшей встречаемости у пациенток основной группы (33 – 35,48 % и 14 – 41,17 %;  $p > 0,05$ ). Риск расстройства адаптации возрастал в климактерическом возрасте при одновременном и длительном воздействии стрессорных факторов. Расстройства адаптации составляют до 25 % психических расстройств, с соотношением женщин и мужчин 2:1, с преобладанием у лиц с низким социально-экономическим положением, характеризуются нарушениями поведения, тревогой, беспокойством, неспособностью справиться с ситуацией или оставаться в ней (Семке В. Я. и др., 2002).

Наблюдавшаяся с преморбидного периода склонность пациенток основной группы к истерическому реагированию на донозологическом уровне в процессе жизни постепенно нарастала; в стабильные периоды сглаживалась, и тогда истерическая декомпенсация затухала, но это было лишь временно, так как под воздействием психотравматизации истерическая симптоматика вновь нарастала и признаки истерических проявлений приобретали клиническую оформленность. При вхождении в климактерический возраст отношение пациенток основной группы к климаксу как к новому стрессу создавало очередные трудности для жизни, психическое равновесие заново ослабевало, про-

воцируя состояние дистресса, раздражительность, эмоциональную неустойчивость, в результате происходило формирование расстройств адаптации.

При расстройствах адаптации пациентки основной группы предъявляли жалобы на страх заболеть (ипохондрические фобии: канцеро-, кардио-, гепатито- и др.), страх старения и физических недостатков, нарушения сна и аппетита, повышенную утомляемость, снижение работоспособности и продуктивности. Эти проявления в совокупности с выраженной вазовегетативной симптоматикой, по мнению самих пациенток, свидетельствовали о «тяжелом» состоянии их соматического здоровья. Деадаптация пациенток основной группы ещё более обострялась в связи с наступлением такого стрессового для них события, как климактерический возраст, что «угрожало» изменением жизненного стереотипа, необходимостью выработки новой стратегии жизненного функционирования (болезнь или смерть близких, нежелательный выход на пенсию, развод, семейные конфликты, ухудшение материального положения).

*Тревожные расстройства (F41) (36 – 28,35 %)* среди пациенток климактерического возраста с НППР отмечались более чем в четверти случаев, с тенденцией к примерно одинаковой встречаемости у пациенток обеих групп (26 – 27,96 % и 10 – 29,41 %;  $p > 0,05$ ). Суть жалоб пациенток основной группы сводилась к тревоге, причины и происхождение которой они зачастую затруднялись объяснить («раньше не задумывалась, когда ехала в отпуск, а сейчас тревожно и страшно покинуть дом», «от любого звонка вздрагиваю, будто жду страшное известие»). Тревожные расстройства были ассоциированы с кардиальными, эндокринными, вегетативно-сосудистыми нарушениями и сопровождались обсессивно-фобической, астенотревожной симптоматикой, нарушениями сна, раздражительностью, мнительностью, ригидностью. Основными компонентами тревожного расстройства являлись напряжение и вегетативная гиперактивность. Тревожно-фобическая симптоматика имела умеренное клиническое течение. Тревожное реагирование, вызванное психосоматическими заболеваниями и вегетативными нарушениями, завершалось снижением уровня общей активности, тоскливостью, дисфорией, ангедонией, апатией.

Помимо того, пациентки с тревожными расстройствами высказывали жалобы, что с наступлением климакса появились беспокойство по незначительному поводу, напряженность, скованность, неспособность расслабиться, неусидчивость, суетливость, раздражительность, ухудшение памяти, трудности засыпания, страх без причины. Тревожные расстройства на фоне соматической патологии часто характеризовались тревожно-дистимическим компонентом. В климактерическом периоде соматогенно спровоцированная или ситуационная тревожность становилась определяющей особенностью личности и проявлялась психическим и мышечным напряжением, беспокойством, опасениями из-за происходящих в организме перемен. Пациентки основной группы испытывали тревогу, страдали из-за фрустрации потребности в признании, разочарования и страха перед будущим, от недостатка эмоционального тепла со стороны окружающих.

*Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6)* (16 – 12,6 %) характеризовалось тенденцией к более низкой частоте у пациенток основной группы (11 – 11,83 % и 5 – 14,71 %;  $p > 0,05$ ). Сопровождалось быстрой сменой психоэмоционального состояния – от выраженного экспрессивного (тревоги, гнева, страха, недовольства и недоверия к окружающим) до нейтрального ипохондрической или астенической направленности с апатией, обидчивостью, демонстративной капризностью. Часто расстройства настроения развивались на фоне приема гормональных препаратов и характеризовались полисимптомностью (астенией, упадком сил, утратой энергии, гиперсенситивностью, головокружениями, утомляемостью, раздражительностью, нарушением концентрации внимания, слезливостью). Эмоционально-волевое истощение организма связано с неадекватной реакцией на наступление климакса, особенно у пациенток с истерическими проявлениями. В силу повышенной эмоциональной лабильности иногда им казалось, что можно предотвратить климакс, можно ему противостоять, но спокойное настроение сменялось на повышенную раздражительность, когда казалось, что в дальнейшей жизни уже не будет ничего хорошего. Когда пациентки основной группы ввиду их внушаемости попадали в атмосферу внимания (например, проходя курс лечения), они снова обретали



уверенность в своих силах. Органическое эмоционально лабильное расстройство усиливалось соматической патологией, протекало с соматовегетативными нарушениями, астенией, утомляемостью. Сопровождалось жалобами пациенток основной группы на чувство психической усталости или разбитости после приступов головной боли (по типу «каска», «обруча», «тисками» охватывающей голову), раздражительной слабости, гиперестезии, повышенной чувствительности к привычным раздражителям, с торможением поведенческой активности. При обострении пациентки основной группы отмечали изменчивость настроения до нескольких раз в день от уравновешенного до меланхолического разочарования в видении будущего с аффективным компонентом.

*Соматоформные расстройства (F45) (15 – 11,81 %) у пациенток основной группы имели тенденцию к меньшей встречаемости, чем в группе сравнения (10 – 10,75 % и 5 – 14,71 %;  $p > 0,05$ ). Диагностировались в случаях: 1) при предъявлении жалоб на соматическую симптоматику, часто недифференцированного характера (вегетативная дистония, спазм пищевода, нарушения дыхания с приступами кашля; боли и рези в разных частях тела неясного генеза); при наличии множества медицинских обследований с отрицательными результатами, но из-за неверия в их истинность с требованием более точной диагностики; 2) если тяжесть соматической патологии субъективно завышалась пациентками, не соответствуя степени страдания. До постановки диагноза соматоформного расстройства пациентки основной группы длительно (иногда до 10 лет и более) без эффекта наблюдались и лечились у интернистов, с резистентностью к терапии, толерантностью к лечению, что в ряде случаев вызывало социальную депривацию. Так, пациентка из основной группы с сильной головной болью 5 раз проходила стационарное лечение в неврологических и терапевтических клиниках, была консультирована узкими специалистами (оториноларинголог, офтальмолог, нейрохирург), прошла дополнительные исследования (МРТ, ЭЭГ), однако при выписке жалобы сохранялись. Непрерывные госпитализации в соматические отделения объясняются тем, что такие пациентки не получали адекватной психиатрической помощи. В климактерическом возрасте*

соматоформные расстройства часто протекали как соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, а при истерических проявлениях – в виде конверсий с истерическими телесными сенсациями. Соматизированная тревога выражалась дыхательными расстройствами (частое поверхностное дыхание), кардионевротическими симптомами (в сердце «вбивают гвоздь»).

*Истерическое расстройство личности (F60.4) (9 – 7,09 %)* зафиксировано только у пациенток основной группы (9 – 9,68 %;  $p > 0,05$ ). Характеризовалось личностной дезинтеграцией с истерическими реакциями с детско-подросткового возраста на донозологическом уровне. Связано с личностной незрелостью, недостаточной сформированностью ценностных ориентаций, стремлением к удовлетворению потребностей своего Я. Пубертатный криз усиливал истерические проявления, что выражалось в поведенческих ситуативно-личностных реакциях. В климактерическом возрасте происходила декомпенсаторная реактивность истерической симптоматики с жалобами истероипохондрического характера, что являлось причиной обращения к психиатру и постановки диагноза истерического расстройства личности.

*Диссоциативные расстройства (F44) (4 – 3,14)* наблюдались только у пациенток основной группы (4 – 4,30 %;  $p > 0,05$ ). У пациенток основной группы со склонностью к повышенной рефлексии диссоциативные приступы протекали с временным изменением или утратой одной из функций тела в результате психологического конфликта и выражались астазией-абазией, истерическим комом с тревожной фиксацией. Конверсия в виде болевых ощущений свидетельствовала о застрявшем на физиологическом уровне переживании; при конверсионной астении преобладали жалобы на «невероятную усталость». У пациенток с диссоциативными расстройствами внутриличностные конфликты, вызванные воздействием психотравмирующих факторов, трансформировались в истерические симптомы, часто с внезапным началом и окончанием, с ремиттированием. В зависимости от клинической динамики диссоциативных расстройств у пациенток отмечался экспрессивный или импрессивный вариант эмоционально-личностного истерического реагирования (Перчаткина О.Э., 2000).

В заключение раздела о нозологической принадлежности и симптоматике НППР у пациенток климактерического возраста отметим, что практически все выявленные непсихотические психические расстройства характеризовались общей тенденцией к более редкой встречаемости у пациенток основной группы, чем у пациенток группы сравнения: расстройства адаптации (35,48 и 41,17 %), тревожные расстройства (27,96 и 29,41 %), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (11,83 и 14,71 %), соматоформные расстройства (10,75 и 14,71 %). Вместе с тем только у пациенток основной группы имелись диагнозы: истерическое расстройство личности (9,68 %), диссоциативные расстройства (4,3%).

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ИСТЕРИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ  
В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ТИПАМИ  
РЕАГИРОВАНИЯ В КРИЗИСНЫХ (ПСИХОГЕННЫХ) СИТУАЦИЯХ  
И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

**4.1. Типы реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях  
у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями  
в структуре непсихотических психических расстройств**

Приводимые типы реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР выделены условно, вне зависимости от нозологической принадлежности НППР, данные типы сформировались задолго до наступления климактерического возраста и отражают не столько ассоциированность с климактерическими нарушениями, сколько вообще характер реагирования на значимые события (кризисные, психогенные). Ретроспективно (по данным анамнеза) оценивая особенности реагирования, выявлено, что женщины с тревожно-депрессивным и соматоипохондрическим типами реагирования в силу тревожной мнительности отличались склонностью к психосоматическому реагированию в стрессовых ситуациях на протяжении предыдущей жизни, а при психопатоподобном типе реагирования всегда были склонны к всплескам раздражительности.

Таблица 6 – Типы реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у пациенток климактерического возраста с НППР

Тип реагирования	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тревожно-депрессивный	<b>59*</b>	63,44	14	41,18	73	57,48
Соматоипохондрический	<b>25**</b>	26,88	20	58,82	45	35,43
Психопатоподобный	9	9,68	0	0,0	9	7,09
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ .

*Тревожно-депрессивный* тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях (73 – 57,48 %) по данным анамнеза и клинического наблюдения в основной группе отмечался с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения (63,44 и 41,18 %;  $p < 0,05$ ) (табл. 6). Текущее психическое со-

стояние пациенток основной группы на момент обследования соответствовало диагностическим критериям расстройства адаптации (35,48 %) и тревожного расстройства (27,96 %) (в группе сравнения – 23,53 и 17,65 %) (табл. 7). В основе реагирования был страх потери социального статуса или изменения положения в семье в связи с климаксом. Тревожно-депрессивная симптоматика не имела нозологического значения; характеризовалась тревогой, сниженным настроением, депрессивным мировосприятием, вялостью, адинамией, дистимией, раздражительностью, слезливостью в связи с изменением образа жизни и гормональной перестройкой. Соматизация тревожного компонента сопровождалась тяжестью в сердце, средостении, эпигастрии, перепадами АД, диссомнией. Высокий удельный вес данного варианта согласуется с данными литературы, что в менопаузе подавленность, смена настроения, тревожные и депрессивные реакции более частые, чем в первой половине жизни (Менделевич В. Д., 1999).

*Соматоипохондрический* тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях (45 – 35,43 %) по данным анамнеза и клинического наблюдения достоверной значимостью ( $p < 0,01$ ) реже отмечался у пациенток основной группы, чем в группе сравнения (26,88 и 58,82 %), имевших диагнозы органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства (11,83 и 14,71 %), соматоформных (10,75 и 14,71 %) и диссоциативных (4,3 и 0,0 %) расстройств (табл. 7). Протекал в виде многочисленных конверсий с привлечением механизма психологической защиты «соматизация». Кроме того, данный тип реагирования в группе сравнения отмечался у пациенток с диагнозами расстройство адаптации (17,65 %) и тревожные расстройства (11,75 %), но отсутствовал у пациенток основной группы с данными диагнозами. Представлял собой ипохондрическую фиксацию на телесных сенсациях, соматовегетативных расстройствах, нозофобиях (кардио-, инсульто-, инфаркто-) с сенсорным и вегетативным компонентами. Характеризовался первичным обращением к врачам общей медицинской сети (гинекологам, терапевтам, неврологам). Неэффективность обращений усиливала патологическое реагирование с непрекращающимся «марафоном» консультаций и диагностических процедур. Соответственно смысло-

жизненная позиция была направлена на поиск помощи при низкой степени удовлетворенности проводимым лечением.

*Психопатоподобный тип* реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях отмечался только у пациенток основной группы с истерическим расстройством личности (9,68 %;  $p > 0,05$ ), выражался в виде дисфории, бурного реагирования даже на незначительную психогению. По А. Б. Смулевичу (2000), для лиц с психопатоподобным характерологическим радикалом типичными являются: акцентуация черт тревожной мнительности, невротизм, ригидность, конформность, эксцентричность. Перестройка организма женщин в климактерическом возрасте играла дополнительную психотравмирующую роль. Иногда безобидное замечание коллег по работе, шутивное высказывание подруги в результате неадекватной переработки приобретало болезненный характер. В ответ на «несправедливость жизни» пациентки реагировали несдержанностью в высказываниях или действиях, мнительной подозрительностью. На нанесенную «обиду» отвечали краткими психопатическими вспышками, которые иногда заканчивались слезами раскаяния. Данный тип реагирования как социально неодобрительная форма поведения в сфере межличностных отношений самим пациенткам доставлял дополнительные переживания.

Таким образом, описанные выше типы реагирования не обнаруживали достоверных взаимосвязей с какими-либо определенными видами расстройств у пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР, но были отмечены взаимосвязи личностных особенностей женщин и преобладающих у них типов реагирования на психогении. Так, женщины с застревающими чертами личности имели склонность к тревожно-депрессивному типу реагирования; с эпилептоидными чертами – к соматоипохондрическому; наличие импульсивности и возбудимого радикала реализовывалось в виде психопатоподобного типа реагирования.

Д. В. Колесин (2002) типологию НППР с истероконверсионной симптоматикой связывает с наличием или отсутствием начального этапа депрессивных расстройств и выделяет как варианты психопатологического диатеза два типа исте-

родепрессий. Л. К. Шайдукова (2007) описывает истеродепрессивный и истероипохондрический синдромы. Т. П. Поляковская (2011) выделила 2 типа инволюционной истерии: *соматизированную истерию* с полиморфной конверсионной симптоматикой; *истероидную дисфорию* с гипотимией, драматизацией, манипулятивностью, дисфорией. Д. В. Бордунова (2014), так же как и А. А. Антонова и др. (2012), у женщин с НППР в перименопаузе выявили синдромы: астенический, сенесто-ипохондрический, тревожно-депрессивный, депрессивный.

В литературе рост тревожно-депрессивных расстройств в климактерическом возрасте связывают с дефицитом эстрогенов (Paykel E. S., 1997), эндокринной дисфункцией (Тювина Н. А., 1996). Н. А. Дзеружинская (2002) тревожно-депрессивные и тревожно-фобические расстройства у женщин старше 56 лет распенила как «климактерические маски» психической патологии.

Пациентки основной группы (с истерическими проявлениями) с тревожно-депрессивным типом реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях, в том числе и на наступление климакса, поступали в отделение с диагнозами: расстройства адаптации и тревожные расстройства. Предъявляли жалобы на снижение настроения («разучилась радоваться и смеяться»), плаксивость по незначительному поводу, утрату или понижение интереса к происходящему. Тревожно-депрессивные переживания проявлялись пессимистической оценкой настоящего и будущего («всё хорошее в прошлом»), страхом старости (превосходящим нормальный инстинкт), повышенной тревогой ввиду актуальных психогений, снижением социальной адаптации. Тревожно-депрессивный тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР, реализуясь через соматическую сферу, сопровождался тревожно-вегетативным компонентом. Астенодепрессивная и тревожно-депрессивная симптоматика сопровождалась ухудшением общесоматического состояния на фоне климактерических нарушений. У одной пациентки основной группы (истерический паралич нижней конечности) тревожно-депрессивное реагирование способствовало формированию рентных установок.

Тревожно-депрессивный тип реагирования в кризисных ситуациях у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР характеризовался психоэмоциональной неустойчивостью, повышенной чувствительностью со снижением адаптационных возможностей. Пациентки, испытывающие воздействие семейных, производственных, социальных психогений, имели высокий риск развития тревожно-депрессивного типа реагирования не только в преддверии климактерического возраста, но и в предыдущие возрастные периоды. Тревожно-депрессивная настроенность иногда могла привести к необдуманному спонтанному решению об увольнении с работы или о расторжении супружеских отношений. Коморбидность с тревожно-депрессивным компонентом у пациенток основной группы усиливала истерическую симптоматику, но отодвигала её на задний план.

Доказано участие тревожно-депрессивного синдрома в формировании метаболических нарушений (Мишкина М. Ю., 2009). К. А. Батуринов и др. (2006) усматривают в содержании тревожно-депрессивных переживаний инволюционный комплекс (преувеличенный страх грядущей старости, одиночества, утраты былой привлекательности) и отмечают коморбидность аффективных расстройств с психопатическими (озлобленность, отчаяние с агрессией, манипулятивное поведение, суицидальный шантаж).

В редких случаях, чтобы избавиться от удручающего настроения, тревожащих мыслей по поводу «измучившего» климакса, пациентки основной группы принимали алкоголь в небольших дозах, который выполнял роль «лекарства», но без злоупотребления. Ссылаясь на «тяжелое» душевное состояние, «депрессию», они высказывали родственникам мысли о «невыносимой жизни с непонимающими людьми» с пассивным показным уходом в себя. В основе такого поведения было стремление иметь выгоду от болезни – окружить себя заботой, вниманием, опекой близких, восстановить утраченную позицию «первой роли». Непродолжительные перепады настроения с тоскливостью и тревогой усиливались в вечернее время.



Истеродепрессивные (подавленность, апатия, ангедония, чувство никчемности с манипулятивным компонентом) и истеротревожные (тремор, тахикардия, неудовлетворенность вдохом) проявления неосознанно использовались больными для формирования более благоприятной психосоциальной среды (Платонов Д. Г., Нохрина Л. Я., 2008).

Проиллюстрируем тревожно-депрессивный тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у пациентки климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР клиническим наблюдением.

Д-ко С. В., 1970 г. р., медработник, жительница Северска. Диагноз: Паническое расстройство (F41.0) (F41 Другие тревожные расстройства).

*Анамнез.* Наследственность манифестными формами психозов не отягощена. Родилась в полной семье в Томске. С раннего детства «росла в заботе и любви» («всё разрешали»). Мать – домохозяйка; с истерическими чертами – вспыльчивая, эмоциональная, впечатлительная, с перепадами настроения. Отец – инженер-строитель; упрямый, властный, «деспот в семье» («не терпел возражений»). Росла и развивалась соответственно возрасту. В 5-летнем возрасте боялась темноты, оставаться одна, отмечались эпизоды снохождения. Посещала ДДУ. В детском коллективе адаптировалась легко, болела редко. В школу пошла в 7 лет. К учебе относилась ответственно, среднюю школу окончила «второй ученицей в классе». Менструации с 15 лет, регулярные, малоболезненные.

В детстве и пубертате описывает себя как эмоциональную, «фантазерку», «душу компании» («без меня не обходился ни один праздник»). Окончила Томское медучилище по специальности фельдшера. В 20 лет (1990 г.) вышла замуж после недолгого (3-месячного) знакомства с будущим мужем («влюбилась без оглядки, как сумасшедшая»). От брака дочь имеет 18 лет. В семье сложились теплые дружеские отношения. Во время III триместра беременности выявлены нефропатия, отечный синдром. После родов менструации стали болезненными, обильными. С молодого возраста при волнении ощущала нехватку воздуха, «спирание в груди», онемение кистей рук. Операции, ЧМТ в анамнезе отрицает.

С апреля 2008 г. стали беспокоить давящие головные боли в височных областях. Самостоятельно принимала анальгетики, спазмолитики, но без эффекта. Неврологом в ноябре 2008 г. рекомендована ЯМРТ головного мозга (Заключение: арахноидальная ликворная киста в левом височном полюсе. Застойные зрительные нервы). Исследование проводилось в пятницу, медицинского разъяснения по поводу заключения не получила. Находясь в выходные дома, «домыслила диагноз» (имея среднее медицинское образование) и решила, что «больна раком головного мозга», «охватил страх за жизнь», «боялась сойти с ума». В воскресенье ночью проснулась от внезапного приступа панического страха. Беспокоили тахикардия, нехватка воздуха, «перед глазами всё плыло», «казалось, ничего не вижу». С этого времени в течение 3 месяцев отсутствует менструация. Подобная ситуация отмечалась в 2007 г., когда с мужем и доче-

рью летала в Таиланд, из-за волнения перед полетом повысилось давление, участился пульс. После возвращения менструация отсутствовала 5 месяцев. Панические атаки повторялись практически ежедневно. С этого же времени ком в горле, тревога, «стягивание» мышц рук и ног, нечеткость зрения. Приступы паники чаще в ночное время. Трижды вызывала бригаду скорой медицинской помощи; приступы купировались сибазоном внутримышечно.

Самостоятельно обратилась к психотерапевту. По его назначению принимала алпрозолам, симбалту, сертралин, релиум, без эффекта. Решила, что «окончательно сойдет с ума» или «потеряет зрение». По совету знакомых обратилась в клиники НИИ психического здоровья, госпитализирована в 1-е клиническое психиатрическое отделение (пограничных состояний).

*Психическое состояние при поступлении.* На беседу пришла по приглашению, заняла удобную позу. Поддерживает визуальный контакт. Среднего роста, астенического телосложения. Внешне моложе паспортного возраста. Выражение лица обеспокоенное, тревожное. Волосы длинные, обесцвеченные, собраны в аккуратный хвост. На лице умеренный макияж. Опрятна, одета в светло-розовый спортивный костюм. Пантомимика живая, выразительная. Голос громкий, хорошо модулированный. Речь несколько ускорена, эмоциональная, с грудным придыханием. Настроение неустойчивое, ситуативно меняется. Легко плачет, быстро утомляется. Красочно, с жестикуляцией описывает приступы паники. Демонстративно трет глаза, жалуясь на нечеткость зрения, боли в глазных яблоках, пелену перед глазами. В суждениях эгоцентрична, поверхностна, склонна к оценочным суждениям, категоричности. Ипохондрична, фиксирована на здоровье. Память на текущие и прошлые события в полном объеме. Внимание неустойчивое за счет тревоги. Легко отвлекается. Мышление в среднем темпе, последовательное, магифреническое (допускает сглаз, порчу). Суицидальные мысли и обманы восприятия отрицает. Интеллект соответствует полученному образованию и образу жизни. Психический статус: тревожно-фобический синдром с конверсионным и психовегетативным компонентами в рамках панического расстройства (F41.0) у личности с истерическими чертами.

Невролог: координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Черепно-мозговая иннервация интактна. Рефлексы сухожильные, периостальные средней живости. S=D. Патологических знаков нет. Чувствительность интактна. Заключение: психовегетативный синдром.

Терапевт: кожные покровы обычной окраски и влажности. Щитовидная железа в норме. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 76 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень не увеличена. Болезненность в пилородуоденальной области. Симптом поколачивания отрицательный. Диагноз: хронический некалькулезный холецистит; полипоз желчного пузыря; дислипидемия; хронический гастрит; рефлюкс-гастрит.

Окулист: диски зрительных нервов розовые; границы четкие. Соотношение артериол к венам 2:3. Желтое пятно и периферия без особенностей.

ЭКГ: S-тип ЭКГ. Синусовый ритм 70 ударов в минуту. Электрическая ось не отклонена. Переходная зона V<sub>3</sub>-V<sub>4</sub>. Поворот сердца вокруг поперечной оси верхушкой кзади.

РЭГ: состояние незначительной ангиодистонии в вертебробазилярном и каротидном бассейнах при незначительно сниженных эластических свойствах магистральных артерий вертебробазилярного бассейна. На функциональных пробах с поворотами головы значимых изменений не обнаружено.

ЭЭГ: зональное распределение биотоков головного мозга по амплитудно-частотному спектру правильное. Теменно-затылочная альфа-активность со сниженным альфа-индексом (приблизительно 60 %). Гиперреактивность на внешние сенсорные стимулы. Пароксизмальная активность не выявлена.

Психолог: профиль ММРІ с пиками по шкалам истерии (84 Т-балла), тревожности (75 Т-баллов), ипохондрии (71 Т-балл). В конфигурации профиля «конверсионная пятерка»: личность с ведущими истерическими чертами, дезадаптацией, тревожностью, фиксацией на соматических проявлениях, эмоциональной лабильностью, склонностью к страхам, застреванию, переживаниям.

Лечение: рексетин до 40 мг/сут, сонапакс 20 мг/сут, феназепам 1 мг в/м № 5, фенибут 750 мг/сут, церебролизин в/в № 5, глицерин 3 ст. л/сут № 10, це-репро 2 капсулы в сутки, схема Мануиловой, физиотерапия и психотерапия, ЛФК. На фоне лечения редуцировались истерические проявления, фобические переживания, тревога, психовегетативные колебания, конверсионная симптоматика. Боли в глазных яблоках не беспокоят. Тревожно-ипохондрическая настроенность уменьшилась. Выписана с выздоровлением.

*Анализ наблюдения.* В преморбиде истерические и тревожно-мнительные черты, что подтверждено психологическим обследованием. Актуальное состояние обусловлено психогенией (ятрогения) в связи с собственным здоровьем как пусковым механизмом тревожной симптоматики после информации о якобы тяжелой неврологической патологии. Учитывая личностные особенности, можно говорить о фиксации на ситуацию, проявившейся фобической симптоматикой и телесным реагированием (конверсии) у истерической личности. Нарушение менструальной функции до 40 лет – фактор риска климактерических нарушений.

Пациентки климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР с соматоипохондрическим типом реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях характеризовались истерической фиксацией на патологических изменениях в организме вообще и климактерических нарушениях в частности и ипохондрической переработкой представлений в рамках «ригидной ипохондрии». Отличались необоснованно высокой обращаемостью за специализированной помощью в связи с ипохондрией и «тревогой о здоровье». Ипохондрическая симптоматика становилась фундаментом «ипохондрического эго-

центризма» (Одарченко С. С., 2009) и характеризовалась фиксацией на телесных ощущениях. Конверсионные и соматоформные расстройства имели климактерические маски: приливы жара, озноб, потливость, невыносимость духоты или холода, нехватка воздуха, жжение, тошнота, рвота, цефалгии, кардиалгии. Ипохондрический вариант инволюционной истерии протекал с органоневротической, конверсионной, астенической симптоматикой и невротической ипохондрией (Волель Б. А., Яньшина Т. П., 2004).

Соматоипохондрический тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях встречался у пациенток основной группы при конверсионной истерии. Соматизация как механизм психологической защиты (бегство в болезнь) позволял пациенткам основной группы удовлетворить неослабевающее желание оставаться в центре внимания, без объективной самооценки, с противоречивостью суждений. Соматоипохондрическое реагирование было вызвано соматогенным фактором и инволюционными изменениями (климактерическими нарушениями) репродуктивной системы.

Накопленный груз соматических болезней способствовал закреплению ипохондрической симптоматики в климактерическом возрасте на фоне реального ухудшения здоровья. Соматоипохондрический тип реагирования вызван соматогениями, обострениями кардиальной, опорно-двигательной, эндокринной патологии, болезней систем пищеварения, печени, почек. На ипохондрическое реагирование в ответ на кризисные ситуации наслаивались психогении самого климакса – переживания женщин в связи с патогенным противоречием «утраты витальных возможностей при неутраченных жизненных потребностях» (Мясищев В. Н., Яковлева Е. К., 1962 – цит. по Менделевич В. Д. и др., 2002). Длительное течение соматоипохондрических реакций трансформировалось в соматоипохондрический тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР, когда пациентки отдавали приоритет вопросам здоровья, прибегали к разным видам лечения, становились адептами здорового образа жизни, остро реагировали на любое отклонение от оптимального функционирования организма.

При соматоипохондрическом типе реагирования пациентки основной группы были охвачены навязчивой идеей ипохондрического содержания. Игнорируя интересы близких и не выражая внимания к иным сферам своей жизни, они были поглощены результатами не прекращающихся клинических обследований. Для них характерно постоянное посещение поликлиник, врачей-интернистов, разных медицинских центров вплоть до обращения к экстрасенсам, колдунам, знахарям, подтверждавшим «нераспознанный медиками» тяжелый недуг. Дилетантское толкование прочитанной медицинской литературы («лучше профессора понимаю свой организм») порождало недоверие к врачам, вызывало сомнения в их «компетентности».

Истерические проявления в структуре диссоциативных расстройств в рамках соматоипохондрического типа реагирования характеризовались демонстративностью предъявляемых расстройств медперсоналу, показывая, что «уход в болезнь» вызван их тяжелым состоянием. Нейровегетативные климактерические нарушения повышали ипохондрию; ещё Т. А. Гейер (1927) отмечал в климаксе истероипохондрические фобии (преувеличенный страх недуга).

Пациентки основной группы с соматоипохондрическим типом реагирования предъявляли преувеличенные жалобы на астенические симптомы: утомляемость, слабость, вялость, снижение активности, раздражительность, плаксивость, нарушение засыпания и частые пробуждения, головные боли, низкую концентрацию внимания, забывчивость. Б. А. Волель, Т. П. Яньшина (2004) считают типичным свойством истерической ипохондрии демонстративность клинических феноменов с нарочитостью, выходом на первый план персистирующей астении (снижение активности, физическое бессилие) со склонностью к самоощажению, экономии сил, избеганию перенапряжения. В других наблюдениях у пациенток с истерическими проявлениями доминировала ипохондрия с патологическими телесными ощущениями, истералгиями, обостренным самонаблюдением, что сопровождается персистированием фобий ипохондрического содержания (кардио-, канцеро-, нозофобии).

Для иллюстрации соматоипохондрического типа реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР представлен клинический случай.

История болезни № 1670. Б-ва Г. В., 1956 г. р. (54 года). Вахтер. Жительница Томска. Диагноз: соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы верхней трети ЖКТ (F45.31).

*Анамнез.* Наследственность манифестными формами психозов не отягощена. Родилась в Томске младшей из троих детей. Раннее детское развитие без особенностей. В детстве: ветряная оспа и эпидемический паротит. Мать страдает сахарным диабетом II типа, инсулинзависимым. Отец умер в 62 года от рака мочевого пузыря. Старшие брат и сестра страдают артериальной гипертензией. Охарактеризовать родственников отказывается: «я не могу их судить, так как всех люблю». В детский сад и школу пошла в срок, адаптировалась легко, предпочитала общение со старшими детьми («с ними интереснее»). Училась средне, не испытывая особого интереса к какому-либо предмету. Менструации с 13 лет, установились сразу, регулярные, болезненные.

После школы окончила торговый техникум, работала продавцом. По характеру была мнительной, «с богатой фантазией», постоянно думала о «недостатке», представляя в воображении сцены разбирательства с начальством, хотя такого факта ни разу не случилось. При волнении ощущала «мурашки» по спине, онемение кожи головы. Иногда в молодости мечтала «не работать», но понимала, что «это плохо», так как со школы родители и учителя прививали трудолюбие, самостоятельность. В 20 лет вышла замуж. Постепенно любовь трансформировалась в уважение, заботу супругов друг о друге. На настоящий момент интимных отношений с супругом нет («просто хорошие друзья»). В 21 год родила сына, роды и беременность физиологические. Сын в подростковом возрасте начал курить, прогуливал занятия в школе, был поставлен на учет в детскую комнату милиции. Сейчас (33 года) алкоголизуется, особенно последние 6 лет (проживает отдельно, разведен, с бывшей женой и детьми отношений не поддерживает). Неоднократно занималась лечением сына: «кодированием», водила его к бабкам, экстрасенсам, но «опустила руки», так как «всё бесполезно». В 1996 г. (40 лет) была укушена клещом, обнаружен недиагностический титр антител к лайм-боррелиозу (1/200). Уволилась с работы, так как чувствовала постоянную усталость, считала, что «врачи просмотрели» болезнь, «на самом деле боррелиоз прогрессирует», так как ощущала слабость, сонливость, не было желания заниматься чем-либо, свободное время проводила в постели. Навещая сына, пыталась примирить его с тогда ещё официальной супругой. В 2004 г. (48 лет) устроилась вахтером в детский сад, так как «работа несложная» и «устала сидеть дома», «решать чужие проблемы». В январе 2010 г. наступила менопауза, без психовегетативных колебаний. В июне 2010 г. после очередной ссоры с сыном приняла решение не общаться с ним, так как обижена на него, считает его «неблагодарным». В конце лета 2010 г. после анестезии зуба 10 дней не проходила «немота» лица. Появившееся обильное слюноотделе-

ние вызвало страх удушья и пневмонии. Чувствовала, как слюна «спускается в легкие» и «там булькает». Пульмонологом патологии не обнаружено. С этого времени обследуется, так как считает, что «серьезно больна». Консультировалась у 7 ЛОР-врачей, эндокринологов, стоматологов, онкологов, прошла ЯМРТ головного мозга, УЗИ слюнных желез, обследование на онкомаркеры, ИФА слюны – без патологии. В октябре 2010 г. после дезинтоксикационной терапии описторхоза («травли» описторхов) билтрицидом стали беспокоить запоры, не облегчающиеся приемом слабительных (гутталакс, дюфалак). Присутствие слюны во рту «изматывает», причиняет дискомфорт, чувствует, как она стекает по задней стенке глотки в пищевод, думает о том, что «происходит в желудке». В онкодиспансере рекомендована консультация психотерапевта; назначенные золофт и беллатаминал принимала 10 дней, после того, как стало несколько лучше, прием препаратов самостоятельно отменила. В настоящее время жалобы стали привычными, «не дают жить». По рекомендации ЛОРа обратилась в клиники НИИ психического здоровья, госпитализирована в 1-е клиническое психиатрическое отделение (пограничных состояний).

*Психическое состояние при поступлении.* В кабинет врача входит по приглашению. Сидит ссутулившись, втянув голову в плечи; взгляд прямой. Ориентирована на мнение собеседника, оценивает произведенное впечатление. Астенического телосложения. Внешне соответствует паспортному возрасту. Выражение лица грустное, страдальческое. Выражены вазомоторные реакции. Опрятна, волосы после недавней стрижки уложены феном, одета в одежду темно-серых тонов. Декоративной косметикой не пользуется. Голос тихий, хорошо модулирован. Речь эмоционально мало окрашена, но мимика и жесты выразительные, демонстрируют «тяжесть» состояния. Настроение снижено. Плаксива. Встревожена «непонятностью» состояния, подозревает «раковое заболевание». Ипохондрична, фиксирована на неприятных телесных ощущениях вычурного характера, постоянно прислушивается к своему организму. Внушаема, склонна к самодраматизации, гиперболизации жалоб. В суждениях эгоцентрична, поверхностна. Ищет поддержки у врача, требует к себе повышенного внимания. По ходу беседы высказывает разные концепции по поводу происхождения жалоб и механизма заболевания. Относит себя к разряду тяжело больных. Практически «не видит шансов» на выздоровление: «вряд ли что-нибудь получится», «обследовали уже все, кто мог», «со мною происходит непонятно что». Жалобы на подавленное настроение, «безысходность», пессимистические мысли о здоровье, о «неизвестной науке» болезни, ощущения наполнения ротовой полости густой, вязкой слюной, исходящей «из желудка», ком в горле (до удушья), ползание мурашек, «немоту» лица, потягивание мышц шеи слева. Память на текущее и прошлое в полном объеме. Внимание рассеянное за счет тревоги. Обманы восприятия, суицидальные мысли отрицает. Мышление в среднем темпе, последовательное, образное. Интеллект соответствует уровню полученного образования и образу жизни. Психический статус: истероипохондрический синдром с сенистопатическим и конверсионным компонентами в рамках соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы верхней трети ЖКТ.

Психолог: профиль ММРІ с пиками по шкалам напряженности (81 Т-балл), ипохондрии (79 Т-баллов), истерии (77 Т-баллов), застреваемости (73 Т-балла), тревожности (77 Т-баллов). Личность с ведущими истероимпрессивными чертами, с фиксацией на своем физическом самочувствии и психологическом состоянии, с тревогой, легкостью возникновения опасений и страхов по поводу состояния здоровья, с тенденцией к драматизации, преувеличению и фантазированию.

*Невролог:* заместительная наружная гидроцефалия без ликвородинамических нарушений.

*Терапевт:* гипертоническая болезнь, II стадия, риск 3. Гиперхолестеринемия. Пропалс митрального клапана. Хронический холецистит. Резидуальный описторхоз. Эзофагеальная недостаточность кардии. Хронический тиреоидит, диффузно-очаговый; киста правой доли щитовидной железы. Киста правой почки.

*Окулист:* гипертензивная ангиопатия сетчатки.

*ЭКГ:* синусовый ритм 60 ударов в минуту. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Переходная зона V<sub>3</sub>-V<sub>4</sub>. *РЭГ:* ангиодистония в каротидном и вертебробазиллярном бассейнах. Уменьшение пульсового кровенаполнения в правой позвоночной артерии при повороте головы вправо и запрокидывании головы.

*Лечение:* флуоксетин до 40 мг/сут, аминазин 50 мг в/м № 3, аминазин до 75 мг/сут перорально, циклодол до 4 мг/сут, схема Мануиловой, физиотерапия, психотерапия.

*Психическое состояние при выписке:* выровнялось настроение, снизилась ипохондрическая настроенность, не беспокоят неприятные телесные ощущения. С выраженным улучшением выписана из отделения.

*Анализ наблюдения.* В преморбиде личность с ведущими истерическими чертами. С молодости истерические механизмы – «бегство в болезнь», вытеснение, соматизация тревоги. В 40-летнем возрасте уволилась с работы и 8 лет не работала после укуса клеща, считая, что больна лайм-боррелиозом, который не подтвержден лабораторно. Мысли о нежелании работать были «давно», но не знала, как их осуществить, понимая социальную неодобряемость желаний. Неприятные ощущения в настоящий момент сконцентрированы на системе желудочно-кишечного тракта, его верхней трети (ротовой полости). Испытывает преувеличенную озабоченность по поводу тяжести «заболевания» с возможностью «летального исхода». Беспокойство и тревога сопровождаются выраженной вегетативной реакцией тахикардии, жаром и стеснением в груди, потливостью, дрожью во всем теле. Обследования у многочисленных специалистов не выявили какой-либо серьезной патологии. Декомпенсация связана с инволютивно-гормональными изменениями климактерического периода, наложившимися на актуальную длительную психотравмирующую ситуацию – созависимые, симбиотические отношения с алкоголизирующимся сыном. В семье имеет вторичную выгоду от заболевания, пытается оградить себя от принятия серьезных решений, перекладывая ответственность на других членов семьи.



Психопатоподобный тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях – самый малочисленный и отмечался только у пациенток с истерическим расстройством личности, приводил к декомпенсации личности. Протекал с демонстративной возбудимостью у пациенток с истеровозбудимыми чертами в преморбиде (демонстративное поведение, эмотивность, экспрессивное выражение чувств, завышенная самооценка). Пациентки основной группы возбудимого круга характеризовались эмоционально-волевыми нарушениями, взрывчатостью, склонностью к ипохондрии и дисфории, нарочито-показным поведением с демонстративным реагированием на незначительную психогению и удовлетворенностью от произведенного впечатления. Эпизоды психопатоподобного реагирования на пике эгоцентрической раздражительности и озлобленности («поиск справедливости», разоблачение «черствых близких») протекали с аффективной демонстрацией. Так, пациентка с истерическими проявлениями, находясь в отделении пограничных состояний, демонстративно в присутствии соседки по палате нанесла себе ножевое ранение незначительной тяжести передней поверхности грудной клетки, что было расценено нами как элемент самодеструкции в рамках психопатоподобного поведения. У пациенток основной группы тормозимого круга в климактерическом возрасте отмечалась компенсация психопатических реакций, со снижением гиперболизированных переживаний, вплоть до появления не свойственной ранее замкнутой отстраненности. Даже находясь в стационаре, пациентки с психопатоподобным типом реагирования требовали не столько самой помощи, сколько признания обоснованности её оказания в силу «объективных причин», искали «сострадания», не находя ответного понимания, реагировали психопатической разрядкой.

В рамках истероидной психопатии описан синдром Мюнхгаузена (Asher M., 1951) с жалобами на мнимые соматические заболевания, обмороками, припадками, параличами, с убежденностью в вымыслах, отсутствием пользы от демонстрации заболевания, самоповреждениями для инсценировки болезни и многократными полостными операциями. У части пациенток основной группы с психопатоподобным типом реагирования психический инфантилизм без

критики к совершаемым поступкам сохранялся с юности до климакса, что соответствует литературным данным (Овсянников С. А., Цыганков Б. Д., 2001).

Наглядной иллюстрацией клинического течения истерического расстройства личности у пациенток климактерического возраста с психопатоподобным типом реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях являются два приводимых далее клинических наблюдения.

История болезни № 78. П-ка Т-на Г. П., 1957 г. р. (53 года). Пенсионерка. Жительница Томска. Диагноз: Истерическое расстройство личности (F60.4). Коморбидность с органической симптоматикой.

*Анамнез.* Наследственность манифестными формами психозов не отягощена. Родилась в многодетной (7 детей) семье в Томской области. Детство описывает «безрадостным» из-за нехватки внимания к себе, большого груза домашних обязанностей. Стремясь быть в центре внимания родителей, но не находя его, мысленно упрекала их (зачем «рожали столько детей?»), уже в детстве решила, что родит одного ребенка. Росла и развивалась соответственно возрасту, болела редко. Завидовала, когда кто-то из братьев или сестер болел, так как мать оказывала заболевшему внимание, но «самой не удавалось заболеть», хотя специально ела снег, лед, но «ничего не случилось». Отца «не любила», он работал водителем, дома бывал мало, «лаской не отличался». Детский сад не посещала, помогала матери по хозяйству с 5 лет. Любила «лениться» – «лежать и мечтать», но это удавалось редко. В школу пошла в 7 лет, считалась «твердой хорошисткой», старалась «быть своей» среди сверстников, но «не любила, чтобы меня доставали». Менструации с 13 лет, болезненные, нерегулярные, с выраженным дискомфортом. Об увлечениях говорит с неохотой: «никогда ничего не интересовало». Единственное, о чем говорит с интересом, – разведение цветов, цветоводством занимается с подросткового возраста: «людей не люблю – цветы люблю». После средней школы окончила в районе курсы бухгалтеров, вернулась в деревню, работала бухгалтером в магазине. В 21 год в гостях у приятельницы познакомилась с будущим мужем, новый знакомый сразу понравился – «впервые к кому-то проявила интерес», «до этого никто из мужчин не нравился». Через 6 месяцев (1978 г.) вышла замуж. Семейная жизнь быстро перестала приносить удовлетворение, напоминала физический труд, которым занималась с раннего детства: «нет, чтобы для меня – всё для него делай», тяготилась интимными отношениями («секс мне не нужен»). Переехали с мужем в с. Парабель, где до выхода на пенсию работала бухгалтером в системе торговли, в последние годы занималась инкассаторской работой. От брака имеет дочь 29 лет, проживающую со своей семьей в Томске.

Постепенно в семье начались конфликты, подозревала мужа в изменах, обвиняла его в потребительском отношении. В 1986 г. состоялся развод по инициативе супруга, после его ухода из семьи внезапно «отнялись ноги», стала «плохо видеть» (пропало боковое зрение), обследовалась в Томске, наблюдалась у неврологов, был диагностирован рассеянный энцефаломиелит. Испыты-

вала выраженную слабость в конечностях. Эффект приносил прием нозепама, настойки пиона, радедорма. Постепенно состояние улучшилось самостоятельно, в дальнейшем к неврологам до настоящего времени не обращалась. Приняла решение, что ей «мужчины не нужны», «от них только проблемы», проживала одна, «всю себя» посвятила работе, достигла карьерного роста. Даже выйдя на пенсию, периодически выходит на бывшую работу, потому что «одна во всём профессионально разбираюсь». В 51 год (конец 2008 г.) одномоментно прекратилась менструация, субъективно перенесла это спокойно. Продолжала работать. Однажды, возвращаясь с работы, подвернула правый голеностопный сустав, не обратила на это внимание, но через некоторое время он стал «подворачиваться постоянно», «сам по себе». Старалась этого не замечать, вспомнила, что слышала о «привычном подвывихе». Год назад познакомилась с 70-летним вдовцом, начала с ним встречаться, привязалась к нему, но почувствовала «зависть» и «злобу» односельчан. Мужчина предложил жить совместно, приняла предложение, были приятны его ухаживания. Дискомфорт при ходьбе в голеностопном суставе сохранялся и усиливался, когда недоброжелатели «косо смотрели вслед». После того как соседка прокомментировала её «странную походку» словами «добегалась», решила, что на ней «сглаз» или «порча», обращалась к бабушкам, гадалкам, экстрасенсам, но без эффекта. Нашла в почтовом ящике «подброшенные алюминиевые ложки», что стало очередным доказательством желаний врагов «сжить её со свету». Ходила «всё хуже». Считала, что «время упущено», что «нужно было ещё 2 года назад обратиться к знахарке, чтобы ногу перевязали». Решила переехать в Томск к дочери, так как «там никто не сможет сглазить – не знаю никого», но и после переезда жалобы сохранялись. Испытывала страх перед переходом дороги, боялась людных мест, так как много раз «падала на четвереньки». Начала ходить с тростью. По совету дочери обратилась к неврологу, по данным ЯМРТ головного мозга: множественные очаговые изменения перивентрикулярного белого вещества больших полушарий в сочетании с изменениями в проекции валика мозолистого тела, вероятно демиелинизирующего процесса. Наблюдалась у психиатра ПНД с диагнозом «Другие уточненные диссоциативные (конверсионные) расстройства» (F44.88), принимала тералиджен, эглонил, алпразолам, прием последнего приносил «успокаивающий» эффект. Самостоятельно обратилась в клиники НИИ психического здоровья, госпитализирована в 1-е клиническое психиатрическое отделение (пограничных состояний).

*Психическое состояние при поступлении.* На беседу приходит по приглашению. Держится скованно, пессимистичные высказывания по типу «здесь вряд ли мне помогут». Нормостенического телосложения. Внешне старше паспортного возраста. Выражение лица напряженное. В глазах слезы, но сдерживается, не плачет. Голос тихий, хорошо модулирован. Речь в среднем темпе, малоэмоциональная, но жесты и мимика живые, выразительные, подчеркивают «тяжесть» состояния. В процессе беседы поднимается со стула, красочно изображает «инвалидскую» походку и падения в общественных местах. Перебивает врача, ведет себя адистантно. Обращается к врачу на «ты», просит «занять займы» деньги. В изложении жалоб склонна к драматизации. В начале лечения выглядит не-

сколько неопрятно, но в его процессе стала пользоваться декоративной косметикой, сделала маникюр. Ипохондрична, склонна к госпитализму и рентным установкам (вторичная выгода от болезни). Обесценивает действия врача, настаивает на проведении гипноза. Находясь вне поле зрения врача, ходит нормальной походкой, не хромот. Настроение неустойчивое, лабильное. Испытывает тревогу за здоровье. В суждениях ригидна, эгоцентрична, категорична. В жалобах акцент на затруднения при ходьбе («подворачивается правая лодыжка»), падение при ходьбе на колени, подавленное настроение, слезливость, снижение памяти, отсутствие жизненных интересов. Память на текущие события незначительно снижена, на события прошлого – в полном объеме. Внимание рассеянное. Обманы восприятия, пассивные суицидальные мысли отрицает. Мышление в среднем темпе, последовательное, конкретно-образное. Интеллект соответствует уровню полученного образования и образу жизни. Психический статус квалифицируется истеродистимическим синдромом с конверсионным и ипохондрическим компонентами в рамках истерического расстройств личности и коморбидностью с органической симптоматикой сосудистого генеза.

Психолог: выявлен профиль ММРІ с пиками по шкалам истерии (79 Т-баллов), напряженности (77 Т-баллов), ипохондрии (75 Т-баллов), психопатии (77 Т-баллов), пессимизма (71 Т-балл). Личность с ведущими истероидными чертами, с выраженной эмоциональной незрелостью, с тенденцией к драматизации и фантазированию, со стремлением к повышенному самоконтролю над своим поведением и высказываниями, что приводит к неуверенности в себе, неудовлетворенности собой и ситуацией, усиливает чувство внутреннего напряжения с последующей разрядкой в виде психопатических реакций.

Невролог: в неврологическом статусе без знаков очагового поражения ЦНС.

Окулист: частичная атрофия зрительного нерва правого глаза. Умеренная флебопатия сетчатки.

ЭКГ: синусовый ритм 69 ударов в минуту. Снижен вольтаж зубцов ЭКГ. Электрическая ось сердца отклонена влево. Переходная зона V<sub>4</sub>-V<sub>5</sub>. Замедление проведения по передней ветви левой ножки пучка Гиса.

РЭГ: незначительная ангиодистония в каротидном и вертебробазиллярном бассейнах. Снижение пульсового кровенаполнения в левой позвоночной артерии при повороте головы влево, в правой – при повороте вправо, в обеих – при запрокидывании головы.

*Психическое состояние при выписке:* выровнялось настроение, уменьшилось внутреннее напряжение, хромота сохраняется, но редуцировался страх перед внезапным падением. С улучшением выписана из отделения.

*Лечение:* аминазин 25 мг в/м № 3, анафранил 25 мг в/м № 5, реланиум в/в капельно № 3, анафранил до 100 мг/сут перорально, алпразолам до 0,5 мг/сут, тебантин до 600 мг/сут, неупелтил 6 капель/сут, витамины группы В в/м, трентал в/в капельно № 5, милдронат в/в № 5, милдронат 750 мг/сут, церетон в/м № 5, парацетам в/в № 5, физиотерапия, психотерапия, ЛФК.

*Анализ наблюдения.* У личности с истерическими чертами (внушаемость, демонстративность, гипнабельность) выявляются грубые конверсионные нарушения (двигательные расстройства) и психопатоподобное реагирование с аг-

рессивными высказываниями в ответ на несогласие с её требованиями. Диагностированный неврологами в 1986 г. рассеянный энцефаломиелит протекал без отрицательной динамики вплоть до 2008 г. (22 года), что в неврологической практике невозможно. Декомпенсация связана с наступлением менопаузы.

ЯМРТ от 2010 г.: множественные очаговые изменения перивентрикулярного белого вещества больших полушарий, изменения в проекции валика мозолистого тела, вероятно демиелинизирующего процесса. Сосудистый компонент в виде артериальной гипертензии без адекватной гипотензивной терапии.

История болезни № 1552. П-ка М-ва С. М., 1958 г. р. (52 года). Учитель. Жительница Колпашева. Диагноз: Истерическое расстройство личности (F60.4).

*Анамнез.* Наследственность манифестными формами психозов не отягощена. Родилась в полной семье вторым ребенком из двоих детей в Томске. Росла и развивалась без особенностей. Мать 1927 г. р., по профессии бухгалтер, с 1986 г. парализована после ишемического инсульта, находится на попечении пациентки. По характеру спокойная, покорная, молчаливая, терпеливая. Очень привязана к матери, до сих пор испытывает потребность в ее поддержке, вспоминает «счастливое» время, когда мать была здорова. Отец, 1927 г. р., умер в 2004 г. от инфаркта. Военнослужащий, в связи с чем семья много раз меняла место жительства, проживая в основном в военных городках, поэтому неоднократно менялись детские сады и школы. С конца 70-х годов семья проживает в Томске, где отец служил начальником военкомата. В семье был жестким, властным, своенравным, воспитывал детей строго, с элементами насилия («выпорол» 24-летнего брата, самостоятельно решившего жениться). К отцу испытывала противоречивые чувства, так как винила его, что «если бы не он, не его запреты, многое могло быть по-другому», но после его смерти сильно переживала, плачет даже спустя много лет, вспоминая об отце. Старший брат (58 лет) проживает в Томске, пациентка отношений с ним не поддерживает, считает его слабовольным, невезучим. Испытывает к нему неприязнь, так как в 22-летнем возрасте в состоянии алкогольного опьянения он якобы пытался её изнасиловать. В детский сад, школу пошла в срок, адаптировалась в детских коллективах легко, несмотря на частую их смену. Училась хорошо, серьезно относилась к выполнению домашнего задания, легко давались гуманитарные предметы. Болела редко, в основном ОРВИ. Менархе в 13 лет, месячные установились сразу, были болезненными до 23 лет, иногда падала в обмороки перед началом менструации. В средней школе стала активно заниматься баскетболом, легкой атлетикой, стрельбой. Занятия спортом нравились, так как «там была самой собой», не чувствовала контроля отца. В 10-м классе получила от одноклассника, который долгое время нравился ей, предложение дружить, но хотя мечтала об этом, испытала «ужас» от мысли, что «отец может ее опозорить каким-нибудь скандалом» или что молодой человек преследует корыстный интерес, например, «не ходить в армию», используя возможности ее отца. Отказалась от его предложения, хотя потом злилась на себя, «хотела всё вернуть».

В 20 лет вышла замуж «назло отцу», брак продлился 6 лет, от брака имеет дочь 31 года. Муж устраивал сцены ревности, скандалил, требовал доказа-

тельств супружеской верности. Со слов пациентки, подвергалась сексуальным домогательствам брата первого мужа и свекра, испытывала при этом «мерзость и отвращение». После школы поступала в техникум легкой промышленности в Новосибирске, так как мечтала стать модельером-конструктором, но не сдала вступительные экзамены. Вернувшись в Томск, устроилась на электроламповый завод, через год поступила на исторический факультет ТГУ, по завершении которого была распределена в Колпашево. Уехала, чтобы «пережить разрыв с мужем» из-за его «вечных подозрений в изменах». В Колпашево устроилась работать учителем истории, географии. Через 3 года повторно вышла замуж, от брака имеет сына 24 лет. С мужем расставалась на несколько лет по причине его алкоголизации, но супруг принял решение не пить, чтобы сохранить семью.

2 года назад «внезапно» начала встречаться с бывшим учеником. Мучаясь 26-летней разницей в возрасте, намерена разорвать «бесперспективные» отношения, понимая их бессмысленность. Молодой человек препятствует разрыву, «шантажирует», «преследует», «вынуждает» встречаться. Продолжает отношения из-за «жалости» к молодому другу, так как ему «с детства не хватало материнской любви», поэтому «хотелось помочь». Существование близких отношений скрывает, ни с кем не делится переживаниями из-за страха быть непонятой, осужденной. Охладела к супругу, избегает с ним интимных контактов, что злит, «напрягает» мужа. Так как зависит от супруга материально, «приходится виртуозно врать»; постоянно испытывает тревогу, напряжение, волнение, что «обман вскроется».

В 2007 г. якобы перенесла ишемический инсульт, хотя на ЯМРТ от 2010 г. признаки патологии отсутствуют; дважды проходила курс сосудистой терапии в отделении неврологии Колпашевской больницы. В последние 6 месяцев нарушена менструальная функция – укорочение месячных до 2—3 дней, удлинение цикла до 35 дней. Чувствует себя «запутавшейся» из-за тайной любовной связи, недовольна собой и окружающими, настроение носит неустойчивый характер, беспокоят усталость, вялость, разбитость, появилось желание «изменить жизнь». По совету знакомых обратилась в клиники НИИ психического здоровья. Госпитализирована в 1-е клиническое психиатрическое отделение (пограничных состояний).

*Психическое состояние при поступлении.* На беседу приходит по приглашению. Садится, принимая удобную позу, держится свободно, раскованно, непринужденно. Внимательно наблюдает за реакцией врача. Поддерживает визуальный контакт. Внешне значительно моложе паспортного возраста. Выражение лица уставшее. Умеренно пользуется декоративной косметикой, волосы густые, каштанового цвета, стрижка каре. Голос громкий, хорошо модулированный. Речь в среднем темпе, эмоциональная, с грудным придыханием. Активно жестикулирует. Демонстративна, с самого начала беседы пытается взять инициативу на себя, постепенно становится живее и эмоциональнее. Эмоционально неустойчива, легко раздражается. В суждениях эгоцентрична, незрела. Фиксирована на психотравмирующей ситуации, на другие темы не переключается. Себя раскрывает с выгодной стороны. О любовных отношениях с молодым человеком говорит с некоторой бравадой, оценивает эффект от сказанного.

Красочно изображает диалоги с любовником, меняя интонации голоса, при этом встает со стула, наглядно демонстрируя, кто в какой позе стоял, имитирует жесты, мимику и голос, передавая диалоги.

Жалобы на неустойчивое настроение, раздражительность, недовольство собой и окружающими, усталость. Высказывает желание «кардинально изменить жизнь». С жалоб органического характера, не подтвержденных документально, постепенно переключается на главную для неё «любовную» тематику. Память на текущие и прошлые события в полном объеме. Внимание сохранено. Обманы восприятия, пассивные суицидальные мысли отрицает. Мышление в среднем темпе, последовательное, образное. Интеллект соответствует уровню полученного образования и образу жизни. Психический статус: истеродистимический синдром в рамках истерического расстройства личности.

Психолог: профиль ММРІ с пиками по шкалам истерии (79 Т-баллов), напряженности (77 Т-баллов), ипохондрии (75 Т-баллов), пессимизма (71 Т-балл). Личность с ведущими истероидными чертами, выраженной эмоциональной незрелостью, тенденцией к драматизации и фантазированию, взрывчатостью, стремлением к повышенному самоконтролю над своим поведением и высказываниями, что приводит к неуверенности в себе, неудовлетворенности собой и ситуацией, усиливает чувство внутреннего напряжения с последующей аффективной разрядкой и раскаянием.

Невролог: знаков очагового поражения ЦНС на момент осмотра нет.

Терапевт: гипертоническая болезнь, III ст., риск 4. Состояние постишемического инсульта. Гиперхолестеринемия. Нарушение толерантности к глюкозе. Диффузно-узловой зоб. Хронический тиреоидит. Желчекаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит. Мочекаменная болезнь, ремиссия.

Окулист: ангиопатия сетчатки.

ЭКГ: синусовый ритм 75 ударов в минуту. Электрическая ось сердца не отклонена. Переходная зона V<sub>2</sub>-V<sub>3</sub>. Повышена электрическая активность миокарда левого желудочка с нарушением процессов реполяризации. Замедлена внутрисердечная проводимость.

РЭГ: ангиодистония в каротидном и вертебробазиллярном бассейнах.

*Психическое состояние при выписке.* Выровнялось настроение, дезактуализировалась психотравмирующая ситуация, появилось оптимистическое видение будущего, нивелировалась дистимическая симптоматика. Приняла окончательное решение прекратить отношения с любовником, «быть верной мужу». С выраженным улучшением выписана из отделения.

*Лечение:* аминазин 50 мг в/м № 5, аминазин 75 мг/сут перорально, схема Мануиловой, милдронат 750 мг/сут, трентал в/в капельно № 5, физиотерапия, психотерапия, ЛФК.

*Анализ наблюдения.* В преморбидном периоде личность с истерическими чертами. В клинической картине преобладает истеродистимическая симптоматика, связанная с психотравмирующей ситуацией на протяжении последних двух лет – «патологическими любовными» отношениями с молодым человеком. Любовная связь ставит под угрозу брак пациентки («ничего не могу с собой поделать»), «понимаю ненужность бесперспективных отношений, но нет сил пре-

рвать»). По этой причине полгода назад поссорилась со старшим сыном и невесткой. Глубина аффективной симптоматики не соответствует уровню депрессивного эпизода. Психопатоподобный тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у пациентки климактерического возраста с истерическим расстройством личности выражается демонстративностью, приданием любовному увлечению большего значения, чем есть на самом деле («пойду за ним на край света»), но при этом вытесняет неприятную ситуацию измены мужу, выдавая её за романтические отношения. Говорит о необходимости развода, но не предпринимает реальных действий в бракоразводном процессе.

В таблице 7 представлено распределение пациенток климактерического возраста с НППР по текущему психическому расстройству и типу реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях.

Таблица 7 – Распределение пациенток климактерического возраста с НППР по текущему психическому расстройству и типу реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях

Психическое расстройство по МКБ-10	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тревожно-депрессивный тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях						
Расстройства адаптации	33	35,48	8	23,53	41	32,28
Тревожные расстройства	26	27,96	6	17,65	32	25,20
Соматоипохондрический тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях						
Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство	11	11,83	5	14,71	16	12,6
Соматоформные расстройства	10	10,75	5	14,71	15	11,81
Расстройства адаптации	-	-	6	17,65	6	4,72
Тревожные расстройства	-	-	4	11,75	4	3,15
Диссоциативные расстройства	4	4,3	-	-	4	3,15
Психопатоподобный тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях						
Истерическое расстройство личности	9	9,68	-	-	9	7,09
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание.  $p > 0,05$ .

Полученное распределение пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР по текущему психическому расстройству и типу реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях показало следующее. Тревожно-депрессивный тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у пациенток основной группы на уровне тенденции взаимосвязан с расстройствами адаптации (35,48 и 23,53 %;  $p > 0,05$ ), тревожными расстройствами (27,96 и 17,65 %;  $p > 0,05$ ); психопатоподобный тип – с истерическим расстройством личности (9,68 и 0,0 %;  $p > 0,05$ ).



Толерантность к возрастным изменениям в субъективном восприятии «Я» у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР зависит от степени удовлетворенности ролевым функционированием и уровня адаптации под воздействием психогений в семейной (жена, мать, хозяйка), производственной и микросоциальной сферах.

По итогам раздела 4.1 сделано заключение о частоте типов реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР и приведены их краткие клинические характеристики. Тревожно-депрессивный тип (73 – 57,48 %) с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще наблюдался в анамнезе у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения (63,44 и 41,18 %), текущее психическое состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям расстройства адаптации (35,48 %) и тревожного расстройства (27,96 %) (в группе сравнения – соответственно 23,53 и 17,65 %). Характеризовался тревогой, депрессивной окраской мироощущения, вялостью, адинамией, дистимией, раздражительностью, слезливостью.

Соматоипохондрический тип реагирования (45 – 35,43 %) с достоверной значимостью ( $p < 0,01$ ) реже отмечался у пациенток основной группы (26,88 и 58,82 %), чем в группе сравнения, имевших диагнозы органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства (11,83 и 14,71 %), соматоформных (10,75 и 14,71 %), у пациенток основной группы с диссоциативными (4,3 и 0,0 %) расстройствами. Протекал в виде конверсий с привлечением механизма психологической защиты «соматизация». Кроме того, соматоипохондрический тип реагирования в группе сравнения отмечался у пациенток с диагнозами расстройства адаптации (17,65%) и тревожные расстройства (11,75 %), однако отсутствовал у пациенток основной группы с этими диагнозами.

Психопатоподобный тип реагирования отмечался только у пациенток с истерическим расстройством личности (9 – 9,68 %) и выражался в виде дисфории, бурного неадекватного реагирования даже на незначительную психогению.

Таким образом, описанные типы реагирования не обнаруживали достоверных взаимосвязей с определенными видами расстройств у пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР, а лишь на уровне тенденции отмечались взаимосвязи личностных особенностей женщин и преобладающих у них типов реагирования на психогении. Так, женщины с застревающими чертами личности были зафиксированы на ситуации начавшихся климактерических нарушений; в силу трудной переключаемости, повышенной эмоциональной лабильности, легкой уязвимости имели склонность к тревожно-депрессивному типу реагирования; женщины с эпилептоидными чертами – к соматоипохондрическому; наличие импульсивности и возбудимого радикала реализовывалось в виде психопатоподобного типа реагирования.

#### 4.2. Взаимосвязь истерических проявлений в структуре непсихотических психических расстройств у женщин климактерического возраста с климактерическими нарушениями и профилем личности

В пременопаузе около 2/3 обследованных женщин стационарной выборки беспокоили климактерические симптомы. Наступление менопаузы характеризовалось как общефизиологическими (рост массы тела, перераспределение жировой ткани по абдоминальному типу, нарушения углеводного обмена), так и изменениями в состоянии психического здоровья.

Климактерический синдром (КС) – комплекс патогенетических симптомов на фоне нейрогормональной перестройки, мультифакториальная болезнь нарушенной адаптации; по МКБ-10 «Менопауза и климактерическое состояние у женщины» (N95.1).

К климактерическим нарушениям по МКБ-10 относят: нарушения менструального цикла (задержки менструаций, их скудность или отсутствие, менометроррагии); приливы (особенно в вечернее и ночное время); изменения настроения (раздражительность, плаксивость, тревожность, беспокойство); нарушения мочеиспускания (болезненность, учащенность); изменение в сексуальной сфере (снижение либидо, болезненность при половом акте). Иногда в климактерическом возрасте впервые появляются АГ, ИБС, СД, остеопороз. Длительность кли-

мактерических нарушений зависит от характера реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях и возрастает под воздействием психогенных факторов (семейных, производственных, социальных и пр.) из-за снижения защитно-адаптационного потенциала. Наряду с соматическими заболеваниями часто повышается риск развития НППР, протекающих с возбудимостью, повышенным психоэмоциональным реагированием, инсомниями, лабильностью, импульсивностью, ипохондрией, страхом неизлечимой болезни, инволюционным неврозом.

Врачи поликлиник и женских консультаций, не имеющие психиатрической подготовки, зачастую недооценивают жалобы пациенток климактерического возраста. Женщин с истерическими проявлениями упрекают в «неправильном» поведении, но не всегда рекомендуют обратиться к психиатрам. В связи с этим психические расстройства непсихотического регистра могут переходить в тяжелые депрессивные состояния. Хотя адекватная терапия даже при многолетней инволюционной депрессии гарантирует хороший исход с восстановлением нарушенной трудоспособности и активности в микросоциуме (Сметанников П. Г., Хорошина Л. П., 2010).

В климактерическом периоде инволюционные процессы репродуктивной системы имеют определенную этапность (ВОЗ, 1980): пременопауза с 45 лет (от 2 лет до 1 года) – от нерегулярных менструаций до последней менструации; менопауза с 51 года – через 1 год после отсутствия менструации; постменопауза с 60 лет – полное выключение функции яичников.

*Взаимосвязь истерических проявлений в структуре НППР у женщин климактерического возраста с характером климактерических нарушений.* Изучение этапности климактерического возраста выявило имевшее достоверную значимость более частое усиление истерических проявлений и формирование НППР в пременопаузе (72,04 и 50,0 %;  $p < 0,05$ ), чем в менопаузе (13,98 и 26,47 %) и постменопаузе (13,98 и 23,53 %) (табл. 8). Начавшиеся в пременопаузе гормональные изменения ассоциированы со снижением психомоторного тонуса и способности управлять эмоциями, склонностью к тревоге, ипохондрии, утомляемостью, возбудимостью.

Таблица 8 – Взаимосвязь усиления истерических проявлений и развития НППР с этапностью климактерия у пациенток климактерического возраста

Этап (период)	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пременопауза	67*	72,04	17	50,0	84	66,14
Менопауза	13	13,98	9	26,47	22	17,32
Постменопауза	13	13,98	8	23,53	21	16,54
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .

Климактерический синдром образуют вазомоторные (нейровегетативные) и психоэмоциональные нарушения (Балан и др. В. Е., 1996). Так, жалобы, характерные для климактерических нарушений разной степени, предъявляли пациентки обеих групп: приливы жара, потливость с частотой от единичных случаев до 30 раз в сутки, повышение артериального давления, вегетативно-сосудистые кризы, слабость, утомляемость, раздражительность, нарушения сна, тревожно-депрессивная симптоматика. В дальнейшем (на основном и заключительном этапах менопаузы) отмечались метаболические нарушения.

Оценка течения климакса у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР опиралась на информативно значимый признак – уровень климактерических нарушений, т. е. тяжесть климактерического синдрома по Опроснику Модифицированного Менопаузального Индекса (ММИ) (Балан В. Е. и др., 1996), с выделением наиболее значимых симптомов – нейровегетативных, метаболических (обменно-эндокринных), психоэмоциональных, характеризовавшихся умеренной и тяжелой степенью выраженности.

Умеренно выраженные нейровегетативные нарушения характеризовались тенденцией к встречаемости только в основной группе у пациенток с истерическим расстройством личности и диссоциативными расстройствами (9,68 и 4,3%); тяжело выраженные нейровегетативные нарушения – в основной группе и группе сравнения у пациенток с соматоформными расстройствами (10,75 и 14,71 %). Умеренно выраженные метаболические нарушения на уровне тенденции отмечались в основной группе и группе сравнения у пациенток с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (11,83 и 14,71 %). Тяжело выраженные психоэмоциональные нарушения характеризовались тенденцией

к встречаемости в основной группе и группе сравнения у пациенток с расстройствами адаптации (35,48 и 41,17 %) и тревожными расстройствами (27,96 и 29,41 %) (табл. 9).

Таблица 9 – Уровень климактерических нарушений по Опроснику Модифицированного Менопаузального Индекса у пациенток климактерического возраста с НППР

Степень выраженности климактерических нарушений при психических расстройствах	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Нейровегетативные нарушения:</b> повышенное/пониженное АД, головные боли, вестибулопатии, сердцебиение в покое, непереносимость высокой температуры, судороги, онемение, гусиная кожа, дермографизм, сухость кожи, потливость, отечность, аллергические реакции, экзофтальм, блеск глаз, повышенная возбудимость, сонливость, нарушения сна, приливы жара, приступы удушья, симпатоадреналовые кризы						
Умеренная (21—30 баллов) степень выраженности						
Истерическое расстройство личности	9	9,68	-	-	9	7,09
Диссоциативные расстройства	4	4,3	-	-	4	3,15
Тяжелая (более 30 баллов) степень выраженности						
Соматоформные расстройства	10	10,75	5	14,71	15	11,81
<b>Метаболические (обменно-эндокринные) нарушения:</b> ожирение, тиреоидная дисфункция, сахарный диабет, гиперплазия молочных желез, мышечно-суставные боли, жажда, атрофия гениталий						
Умеренная (8—14 баллов) степень выраженности						
Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство	11	11,83	5	14,71	16	12,59
<b>Психоземotionalные нарушения:</b> утомляемость, снижение памяти, слезливость, возбудимость, потеря аппетита, навязчивые идеи, лабильное настроение, либидо (отсутствие/повышение)						
Тяжелая (более 14 баллов) степень выраженности						
Расстройства адаптации	33	35,48	14	41,17	47	37,01
Тревожные расстройства	26	27,96	10	29,41	36	28,35
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание.  $p > 0,05$ .

При нейровегетативных расстройствах в основной группе пациенток отмечены нестабильное артериальное давление, головные боли, вестибулопатии, вызванные у женщин с истерическими проявлениями снижением вегетативного тонуса в климактерическом возрасте, вегетососудистой дистонией, в ряде случаев признаки вегетососудистой дистонии вызывали приступы тревоги. Пациентки основной группы с соматоформными расстройствами жаловались на приступообразные боли разной локализации (головные, в области сердца, в животе), по поводу которых они многократно обращались к врачам общесоматической сети.

Умеренно выраженные метаболические нарушения у пациенток основной группы характеризовались ростом массы тела, отеками из-за задержки жидкости, изменением пищевого поведения (повышение/снижение аппетита). Непосредственно с метаболическими нарушениями ввиду дефицита эстрогенов в климактерическом возрасте у пациенток основной группы в ряде случаев были связаны обострение или развитие соматической патологии (артериальная гипертензия, атеросклероз и ИБС, сахарный диабет), снижение остроты зрения, боли в суставах, ломкость волос и ногтей, сухость слизистых и кожи, выпадение волос.

Тяжело выраженные психоэмоциональные нарушения у пациенток основной группы протекали в виде психической неустойчивости с пониженным настроением, снижением умственной и физической работоспособности, нарушением цикла «сон – бодрствование» (сонливость в дневное время, нарушения ночного сна); в ряде случаев с повышенной возбудимостью, импульсивностью, раздражительностью, обидчивостью.

Нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения имеют место у 85 % женщин в менопаузе (Ниаури Д. А. и др., 2001). Психические расстройства провоцируют эндокринную дисфункцию, продлевают пре- и постменопаузу (Тювина Н. А., 1996). Формирующиеся в пре- и менопаузе психические расстройства связаны с личностно-психологическими особенностями, образом жизни, семейной и производственно-трудовой сферами, спровоцированы психогенными стрессорами этого возраста, но в то же время не зависят напрямую от снижения уровня эстрогенов (Балан В. Е., 1997).

Изучение этапности формирования НППР в континууме «реакция – состояние – развитие» показало, что в основной группе с достоверной значимостью ( $p < 0,001$ ) чаще, чем в группе сравнения, наблюдался этап *развитие* психопатологической симптоматики на фоне длительной (более 2 лет) психотравмирующей ситуации (78,49 и 32,35 %), с достоверной значимостью ( $p < 0,001$ ) реже отмечалась преходящая (до 6 месяцев) реакция (1,08 и 52,94 %). У паци-

енток основной группы выявлена тенденция к более частой встречаемости такого этапа, как состояние (до 2 лет) – 20,43 и 14,71 % ( $p>0,05$ ) (табл. 10).

Таблица 10 – Динамика НППР у женщин климактерического возраста

Динамика НППР у женщин климактерического возраста	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Развитие	<b>73***</b>	78,49	11	32,35	84	66,14
Состояние	19	20,43	5	14,71	24	18,90
Реакция	1	1,08	<b>18***</b>	52,94	19	14,96
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \*\*\* –  $p<0,001$ .

Преобладавший у пациенток основной группы такой этап, как развитие психопатологической симптоматики, был вызван не только психогенным реагированием на наступление климакса и низким уровнем приспособления к климактерическим нарушениям, но и имел определенную динамику – от донозологических патохарактерологических нарушений в виде истерических реакций до усиления истерических проявлений и формирования НППР. Стрессорные переживания у пациенток основной группы на таком этапе, как состояние, были вызваны неуверенностью в своих силах и снизившимся социальным функционированием и сопровождались повышенной утомляемостью, сонливостью, нерешительностью или, наоборот, тревожным сном, раздражительностью, взрывчатостью. Такой этап в динамике развития НППР, как реакция, отмечался в основной группе лишь в 1 случае. Зарегистрированное более чем у половины пациенток группы сравнения психогенное реагирование в виде реакции не превышало 6 месяцев и характеризовалось кратковременными вегетативными симптомами, утомляемостью, тяжестью в голове и теле, головокружениями, потливостью, сердцебиением, покраснением или побледнением кожи, преходящими расстройствами кишечника или мочеиспускания.

Показано, что в климактерическом возрасте сомато- и психогении в результате такого этапа, как невротическое *развитие*, образуют «инволюционный невроз» (Авербух Е. С., 1974 – цит. по Менделевич В. Д. и др., 2002). В этот период НППР проявляются астеническим, тревожным, истерическим, сенестопатически-ипохондрическим вариантами (Менделевич В. Д., Соловьева С. Л., 2002).

С целью определения взаимосвязи климактерических нарушений с заострением истерической симптоматики и формированием психических расстройств непсихотического регистра у пациенток климактерического возраста изучена отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза.

*Отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.*

В анамнезе пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще отмечались женские болезни, вызванные гормональными изменениями (миома матки, поликистоз яичников, нарушения менструального цикла, аменорея, альгодисменорея, дисфункциональные маточные кровотечения), нейроэндокринный синдром (предменструальный, постгистерэктомический) (53,76 и 32,35 %). В то же время у пациенток основной группы выявлена тенденция к более редкой встречаемости женских заболеваний воспалительного характера (вагинит, вульвит, цервицит, аднексит, эндометрит, воспаление придатков матки, кандидоз) и передаваемых половым путем (27,97 и 38,24 %;  $p > 0,05$ ). Помимо того, у пациенток основной группы имелась тенденция к более редкой встречаемости заболеваний дистрофического или гиперпластического характера (опухоли, кисты и новообразования) (18,27 и 29,41 %;  $p > 0,05$ ) (табл. 11).

Таблица 11 – Нарушения репродуктивной функции в акушерско-гинекологическом анамнезе у пациенток климактерического возраста с НППР

Нарушения репродуктивной функции в анамнезе	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Женские болезни, вызванные гормональными изменениями (миома матки, поликистоз яичников, нарушения менструального цикла, аменорея, альгодисменорея, дисфункциональные маточные кровотечения), нейроэндокринный синдром (предменструальный, постгистерэктомический)	50*	53,76	11	32,35	61	48,03
Женские заболевания воспалительного характера (вагинит, вульвит, цервицит, аднексит, эндометрит, воспаление придатков матки, кандидоз) и заболевания, передаваемые половым путем	26	27,97	13	38,24	39	30,71
Заболевания дистрофического или гиперпластического характера (опухоли, кисты и новообразования)	17	18,27	10	29,41	27	21,26
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .



Зарегистрированное в акушерско-гинекологическом анамнезе в основной группе пациенток нарушение менструального цикла сопровождалось повышением длительности, болезненности и обильности менструаций, эндометриоз протекал в виде болевой симптоматики (в области таза, нижней части живота). Прием женщинами анальгетиков и спазмолитиков не устранял болей.

Т. П. Поляковская (2010, 2011) триггером психопатологических проявлений инволюционной истерии считает гинекологические заболевания (миома матки, эндометриоз, киста яичника), для их лечения 34,1 % пациенткам проведена экстирпация матки, гистерэктомия без придатков.

*Взаимосвязь истерических проявлений в структуре НППР у женщин климактерического возраста с профилем личности.* Оценивались индивидуально-психологические особенности у пациенток климактерического возраста с НППР методом психологического исследования с помощью Стандартизованного многофакторного исследования личности (СМИЛ) (модифицированный тест ММРІ) (русская адаптация Зайцев В. П., 1981) (Mini-Mult, краткий вариант, 71 утверждение). Тестирование проведено в период пребывания пациенток в отделении пограничных состояний. Ответы на утверждения опросника распределялись по 3 оценочным и 9 основным (клиническим) шкалам.

У пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще выявлены повышенные значения по шкалам «Эмоциональной лабильности/истерии» (52,69 и 32,35 %), «Тревоги/психастении» (24,73 и 8,83 %). Вместе с тем у пациенток основной группы отмечена тенденция к меньшей частоте высоких показателей по шкалам «Невротического сверхконтроля/ипохондри» (12,90 и 29,41 %) и «Аффективной ригидности/паранойи» (9,68 и 29,41 %). Т. е. у пациенток основной группы преобладали истерический и тревожный профили личности с подъемом по шкалам истерии ( $72,1 \pm 3,4$ ) и тревоги ( $75,5 \pm 0,9$ ), у пациенток группы сравнения – ипохондрический и ригидный профили личности (табл. 12).

Зафиксированные в основной группе пациенток высокие показатели (70-Т баллов и выше) по шкале 3 «Эмоциональной лабильности/истерии» характери-

зовали неустойчивость настроения, чувствительность, слезливость, демонстративность, преувеличение эмоций, эгоизм, соматизацию тревоги, конверсии отражали способ реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях.

Повышенные показатели (70-Т баллов и выше) по шкале 7 «Тревоги/психастении» у пациенток основной группы характеризовали их как тревожно мнительных, с психастеническими чертами личности, со склонностью к образованию навязчивых идей ухудшения здоровья, колебаниям в принятии решений, перекладыванию ответственности на других с фиксацией на переживаниях проблем в семье, на работе.

Таблица 12 – Профили личности по опроснику СМИЛ у пациенток климактерического возраста с НППР

Профиль личности по ММРІ	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Шкала 3. Эмоциональной лабильности, истерии, вытеснения факторов, вызывающих тревогу	49*	52,69	11	32,35	60	47,24
Шкала 7. Тревоги/психастении (тревожности, фиксации тревоги и ограничительного поведения)	23*	24,73	3	8,83	26	20,47
Шкала 1. Ипохондрии (сверхконтроля, соматизации тревоги)	12	12,90	10	29,41	22	17,32
Шкала 6. Аффективной ригидности/паранойи	9	9,68	10	29,41	19	14,97
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .

Зарегистрированные высокие значения (70-Т баллов и выше) по шкале 1 «Невротического сверхконтроля/ипохондрии» преимущественно в группе сравнения указывали на склонность пациенток к контролю над эмоциями, гиперсоциальность установок, ипохондрическую симптоматику, поглощенность внутренними ощущениями, преувеличение тяжести состояния, астенизацию.

Выявленные высокие значения (70-Т баллов и выше) по шкале 6 «Аффективная ригидность/паранойя» преимущественно в группе сравнения указывали на застреваемость пациенток на негативном аффекте, обидчивость, недоверие, настороженность, затруднение адаптации к происходящим в климактерическом возрасте изменениям.

*Уровни тревоги и депрессии у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР* определялись по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» (HADS) в период поступления пациенток на лечение в стационар. В основной группе пациенток при сопоставлении с группой сравнения по HADS с достоверной значимостью ( $p < 0,001$ ) чаще обнаружены субклинически выраженные уровни тревоги (78,49 и 47,06 %) и депрессии (39,78 и 23,53 %) на этапе поступления в отделение пограничных состояний. В то же время наблюдалась тенденция к более редкой частоте нормативных значений тревоги (11,83 и 23,53 %), депрессии (60,22 и 76,47 %), клинически выраженной тревоги (9,68 и 29,41 %) и отсутствию в обеих группах пациенток состояния клинически выраженной депрессии (табл. 13).

Таблица 13 – Уровни тревоги и депрессии по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» у пациенток климактерического возраста с НППР

Уровни тревоги и депрессии	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Уровень тревоги						
Норма. Нет клинических признаков тревоги (0—7 баллов)	11	11,83	8	23,53	19	14,96
Субклинически выраженная тревога (8—10 баллов)	73***	78,49	16	47,06	89	70,08
Клинически выраженная тревога (11 баллов и выше)	9	9,68	10	29,41	19	14,96
Уровень депрессии						
Норма. Нет клинических признаков депрессии (0—7 баллов)	56	60,22	26	76,47	82	64,57
Субклинически выраженная депрессия (8—10 баллов)	37***	39,78	8	23,53	45	35,43
Клинически выраженная депрессия (11 баллов и выше)	-	-	-	-	-	-
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \*\*\* –  $p < 0,001$ .

*Уровни личностной и ситуативной (реактивной) тревожности у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР* исследованы по «Шкале самооценки и оценки тревоги Спилбергера–Ханина». У пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР по Шкале Спилбергера–Ханина с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще отмечались умеренная личностная тревожность (54,84 и 32,35 %); умеренная (41,94 и 20,59 %) и выраженная (54,84 и 32,35 %) ситуативная (реактивная) тревож-

ность. Кроме того, на уровне тенденции реже наблюдалась низкая личностная (10,75 и 26,47 %) и ситуативная (реактивная) (3,23 и 47,06 %) тревожность (табл. 14).

Таблица 14 – Уровни личностной и ситуативной (реактивной) тревожности по «Шкале самооценки и оценки тревоги Спилбергера–Ханина» у пациенток климактерического возраста с НППР

Уровни тревожности	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Личностная тревожность						
Низкий уровень (20—30 баллов) Низкая тревожность	10	10,75	9	26,47	19	14,96
Умеренный уровень (31—44 балла) Средняя тревожность	51*	54,84	11	32,35	62	48,82
Выраженный уровень (> 45 баллов) Высокая тревожность	32	34,41	14	41,18	46	36,22
Ситуативная (реактивная) тревожность						
Низкий уровень (20—30 баллов) Низкая тревожность	3	3,23	16	47,06	19	14,96
Умеренный уровень (31—44 балла) Средняя тревожность	39*	41,94	7	20,59	46	36,22
Выраженный уровень (> 45 баллов) Высокая тревожность	51*	54,84	11	32,35	62	48,82
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .

Переходя к описанию психосоматической патологии у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями с НППР, отметим, что климактерические нарушения тесно связаны с процессами соматической инволюции (снижением соматического здоровья). Указывается на большую распространенность психосоматических заболеваний в климактерическом периоде, чем в первой половине жизни (Бочанова Е. В., 2003). В рамках биопсихосоциального подхода следует подчеркнуть значимость психосоматических механизмов в усилении истерических проявлений и формировании НППР.

*Психосоматические заболевания у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* По данным анамнеза в основной группе при сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще имела место коморбидность с заболеваниями ЖКТ (гастрит, гастродуоденит, синдром раздраженного кишечника) (35,48 и 14,71 %), артериальной гипертонией (24,73 и 8,82 %); бронхиальной астмой (21,51 и 5,88 %). В то

же время отмечалась тенденция к более редкой встречаемости ЯБ желудка и 12-перстной кишки, язвенного колита (10,75 и 35,29 %), сахарного диабета, гипертиреоза (3,23 и 17,65 %) и ревматоидного артрита (4,30 и 17,65 %) (табл. 15).

Таблица 15 – Психосоматические заболевания у пациенток климактерического возраста с НППР

Психосоматические заболевания	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Заболевания ЖКТ (гастрит, гастродуоденит, синдром раздраженного кишечника)	33*	35,48	5	14,71	38	29,92
Эссенциальная артериальная гипертензия	23*	24,73	3	8,82	26	20,47
Бронхиальная астма	20*	21,51	2	5,88	22	17,32
ЯБ желудка, язвенный колит	10	10,75	12	35,29	22	17,32
Сахарный диабет, гипертиреоз	3	3,23	6	17,65	9	7,09
Ревматоидный артрит	4	4,30	6	17,65	10	7,88
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .

У пациенток основной группы эссенциальная артериальная гипертензия могла приводить к эндотелиальной дисфункции сосудов, электрической нестабильности и гипертрофии миокарда. У пациенток основной группы с бронхиальной астмой отмечались нарушения акта дыхания, вегетативная дезрегуляция, повышение активности ЦНС, эмоциональная лабильность.

Показано, что сердечно-сосудистая патология может стать причиной развития психических расстройств, например депрессии (Дзеружинская Н. А., 2002).

Более 60 % пациентов с невротическими расстройствами многократно обращались к врачам-соматологам с жалобами на соматические заболевания. Так как психогенная природа невротических расстройств зачастую не осознается, предложен психодинамический подход к их профилактике и лечению (Басов А. Н., 2004).

Истерические проявления при прободной язве, гастралгии, абдоминальном воспалении с признаками «острого живота» и рубцами от частых лапаротомий расцениваются как синдром Мюнхгаузена, так как диагностические процедуры не подтверждают соматическую патологию (Мариллов В. В., 2002). Применение наркотических анальгетиков после миниинвазивных хирургических операций, увеличение сроков госпитализации у пациентов истерического круга (с синдромом Мюнхгаузена) способствуют быстрому регрессу психоэмоциональных нарушений.

О. Э. Перчаткина и др. (2009) описывают «атипичную» астму у пациентов с «истерическом комком», непрохождением воздуха в легкие, «зажатостью» дыхания внутри или сдавливанием снаружи, невозможностью совершить глубокий дыхательный акт, закованностью грудной клетки.

*Обращение за медицинской помощью у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* Активное обращение к врачам поликлиник, ЛПУ, скорой помощи, центров здоровья из-за ухудшения состояния психического (усиление истерических проявлений и формирование НППР) и соматического здоровья у пациенток основной группы с достоверной значимостью ( $p < 0,01$ ) наблюдалось с более высокой частотой, чем в группе сравнения (50,54 и 23,53 %). В то же время пассивное обращение по настоянию родственников у пациенток основной группы с достоверной значимостью ( $p < 0,01$ ) встречалось реже (49,46 и 76,47 %) (табл. 16).

Таблица 16 – Обращение за медицинской помощью в связи с климактерическими нарушениями у пациенток климактерического возраста с НППР

Обращение к врачу	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Самостоятельное, активное	47**	50,54	8	23,53	55	43,31
Пассивное, по настоянию близких	46**	49,46	26	76,47	72	56,69
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \*\* –  $p < 0,01$ .

Помимо нарастания психопатологической симптоматики (внутреннее напряжение, беспокойство, тревога, страх) и ухудшения соматического состояния, причиной обращения за помощью служило нарастание проявлений климакса. Достаточно высокий процент пассивных обращений у пациенток основной группы объясняется истерическим вытеснением тревожных мыслей и ощущений, (Шкала 3. Эмоциональной лабильности, истерии, вытеснения факторов, вызывающих тревогу) для пациенток с истерическими проявлениями.

При госпитализации в соматические отделения с целью обследования и верификации диагноза соматического заболевания у большинства пациенток основной группы усиливались тревожные опасения, появлялись чувство витального страха, беспокойство, внутреннее напряжение. Этому способствовало тревожное ожидание постановки диагноза и страх возможных осложнений. Ес-

тественное для климактерического возраста ухудшение соматического благополучия пациентки основной группы воспринимали как «несправедливую кару», «смертный приговор», «ужасное будущее», т. е. со свойственным им истерическим преувеличением эмоций, драматизацией. Необходимость изменения привычного жизненного стереотипа (прием лекарственных препаратов, рекомендация отказа от вредных привычек) и адаптации из-за соматической болезни к изменившимся условиям жизни может вносить дестабилизацию в психическое состояние, заостряя истерические проявления.

Таким образом, в разделе 4.2 показаны взаимосвязи истерических проявлениями в структуре НППР с климактерическими нарушениями и профилем личности женщин климактерического возраста. С достоверной значимостью чаще выявлено усиление истерических проявлений и формирование НППР в пременопаузе (72,04 и 50,0 %;  $p < 0,05$ ), чем в менопаузе (13,98 и 26,47 %) и постменопаузе (13,98 и 23,53 %).

Умеренно выраженные нейровегетативные нарушения имели тенденцию к встречаемости только в основной группе у пациенток с истерическим расстройством личности и диссоциативными расстройствами (9,68 и 4,3%); тяжело выраженные нейровегетативные нарушения – в обеих группах у пациенток с соматоформными расстройствами (10,75 и 14,71 %). Умеренно выраженные метаболические нарушения – в обеих группах у пациенток с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (11,83 и 14,71 %). Тяжело выраженные психоэмоциональные нарушения – в обеих группах у пациенток с расстройствами адаптации (35,48 и 41,17 %) и тревожными (27,96 и 29,41 %).

В основной группе с достоверной значимостью ( $p < 0,001$ ) чаще наблюдался этап *развитие* психопатологической симптоматики на фоне длительной (более 2 лет) психогении (78,49 и 32,35 %), с достоверной значимостью ( $p < 0,001$ ) реже – преходящая (до 6 месяцев) реакция (1,08 и 52,94 %), тенденция к более частой встречаемости такого этапа, как состояние (до 2 лет) – 20,43 и 14,71 %.

В основной группе с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще в анамнезе отмечались женские болезни, вызванные гормональными изменениями (53,76

и 32,35 %); тенденция к более редкой встречаемости воспалительных заболеваний (27,97 и 38,24 %), тенденция к более редкой частоте заболеваний дистрофического и гиперпластического характера (18,27 и 29,41 %).

В основной группе с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще выявлены повышенные значения по шкалам «Эмоциональной лабильности/истерии» (52,69 и 32,35 %), «Тревоги/психастении» (24,73 и 8,83 %) и тенденция к меньшей частоте высоких показателей по шкалам «Невротического сверхконтроля/ипохондриии» (12,90 и 29,41 %) и «Аффективной ригидности/паранойи» (9,68 и 29,41 %). В основной группе преобладали истерический и тревожный профили личности с подъемом по шкалам истерии ( $72,1 \pm 3,4$ ) и тревоги ( $75,5 \pm 0,9$ ), в группе сравнения – ипохондрический и ригидный.

В основной группе по шкале HADS с достоверной значимостью ( $p < 0,001$ ) чаще обнаружены субклинически выраженные уровни тревоги (78,49 и 47,06 %) и депрессии (39,78 и 23,53 %); тенденция к более редкой частоте нормативных значений тревоги (11,83 и 23,53 %), депрессии (60,22 и 76,47 %), клинически выраженной тревоги (9,68 и 29,41 %) и отсутствию в обеих группах состояния клинически выраженной депрессии.

В основной группе по Шкале Спилбергера–Ханина с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще отмечались умеренная личностная тревожность (54,84 и 32,35 %); умеренная (41,94 и 20,59 %) и выраженная (54,84 и 32,35 %) ситуативная (реактивная) тревожность и тенденция к низкой личностной (10,75 и 26,47 %) и ситуативной (реактивной) (3,23 и 47,06 %) тревожности.

В основной группе с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще по данным анамнеза выявлены заболевания ЖКТ (гастрит, гастродуоденит, синдром раздраженного кишечника) (35,48 и 14,71 %), артериальная гипертония (24,73 и 8,82 %); бронхиальная астма (21,51 и 5,88 %) и тенденция к более редкой встречаемости ЯБ желудка и 12-перстной кишки, язвенного колита (10,75 и 35,29 %), сахарного диабета, гипертиреоза (3,23 и 17,65 %) и ревматоидного артрита (4,30 и 17,65 %).



В основной группе с достоверной значимостью ( $p < 0,01$ ) чаще наблюдалось активное обращение к врачам поликлиник, ЛПУ, скорой помощи, центров здоровья из-за ухудшения состояния психического и соматического здоровья (50,54 и 23,53 %); пассивное обращение по настоянию родственников с достоверной значимостью ( $p < 0,01$ ) встречалось реже (49,46 и 76,47 %).

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ  
ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА  
С ИСТЕРИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В СТРУКТУРЕ  
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

5.1. Субъективно значимые факторы как предиспозиционные корреляты терапии женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств

В. Л. Голубев, А. Б. Данилов (2010) к факторам риска плохой откликаемости на терапию относят дезадаптивные установки пациентов, своевременное выявление и коррекция которых повышают результативность лечения. Часто они прослеживаются в беседе с врачом, без специальных методов (рентная, эгоцентрическая, пассивно-безучастная, внешнеобвиняющая, сотрудничества).

*Субъективно значимые факторы как предиспозиционные корреляты терапии женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* Выявленные 5 основных коррелятов, определенные на момент поступления в отделение пограничных состояний, учитывались при разработке индивидуальных терапевтических программ.

*Мотивация на лечение пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* В основной группе пациенток при сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще (64,52 и 58,82 %) имела место неадекватная, отрицательная мотивация на лечение, установка на «вторичную выгоду» от болезни (табл. 17). Пациентки с истерическими проявлениями стремились манипулировать близкими и медицинским персоналом, добиться особого к себе отношения или избежать неприятной деятельности, объясняя свои требования тяжелым психическим и соматическим состоянием (избегая возвращения в стрессовую ситуацию и решения проблем по её преодолению, настаивали на продлении срока стационарного лечения). Снижали мотивацию пациенток к лечению такие факторы, как высокая внушаемость и застреваемость при истерических проявлениях на имевшихся проблемах, которые усилились в климактерическом возрасте.

Таблица 17 – Факторы, определяющие результативность терапии, на момент поступления на лечение пациенток климактерического возраста с НППР

Показатель	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Мотивация на лечение</b>						
Неадекватная, отрицательная мотивация, установка на «вторичную выгоду» от болезни, в том числе нахождение в отделении пограничных состояний	60*	64,52	20	58,82	80	62,99
Адекватная, положительная мотивация, установка на достижение симптоматического улучшения	33	35,48	14	41,18	47	37,01
<b>Отношение к заболеванию и лечению</b>						
Страх предстоящего лечения и возможных осложнений	30*	32,26	6	17,65	36	28,35
Поиск всё новых способов лечения, с разочарованием в них	29*	31,18	6	17,65	35	27,56
Несогласие с предлагаемым лечением, так как препараты оказывают необычное действие, непонятное врачам	26*	27,96	5	14,71	31	24,41
Стремление любым способом избавиться от болезненных симптомов	4	4,3	10	29,41	14	11,02
Уверенность в успехе лечения	4	4,3	7	20,58	11	8,66
<b>Отношение к врачам и медицинскому персоналу</b>						
Стремление к вниманию врача, желание лечиться у авторитетного врача	25*	26,88	5	14,70	30	23,62
Недоверие к врачам, обвинение их в некомпетентности, раздражительность	24*	25,81	4	11,77	28	22,05
Обращение к разным врачам из-за неуверенности в успехе лечения	23	24,73	10	29,41	33	25,98
Уважение и доверие к представителям медицинской профессии	21	22,58	15	44,12	36	28,35
<b>Отношение к членам семьи</b>						
Из-за поглощенности мыслями о болезни пропал интерес к делам близких	24*	25,81	4	11,77	28	22,05
Обвинение близких в непонимании тяжести состояния, бесчувствии, эгоизме	22	23,66	4	11,77	26	20,47
Стремление скрыть от близких болезнь, чтобы не портить им настроение	20	21,51	9	26,47	29	22,83
Переживания, что из-за болезни близких ждут трудности и невзгоды	14	15,05	9	26,47	23	18,11
Опасения стать в тягость близким	13	13,97	8	23,52	21	16,54
<b>Отношение к будущему</b>						
Тревога из-за унылого будущего, с болезнями, бесперспективностью	28*	30,11	6	17,64	34	26,77
Стремление найти виновника болезни (ошибки врачей, невнимание близких)	26*	27,96	5	14,71	31	24,42
Улучшение здоровья в будущем в связи с лечением, соблюдением режима	20	21,50	9	26,47	29	22,83
Болезнь не отразится на будущем	11	11,83	7	20,59	18	14,17
Безразличное отношение к будущему	8	8,60	7	20,59	15	11,81
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .

Вместе с тем в основной группе пациенток выявлена тенденция к более редкой частоте адекватной, положительной мотивации на достижение симптоматического улучшения (35,48 и 41,18 %) (табл. 17).

Адекватная, активная установка на лечение требовала от пациенток способности к мобилизации внутреннего личностного потенциала в кризисных ситуациях (в частности в неблагоприятной ситуации климакса), с высокой степенью мотивационной включенности; к этому пациентки с истерическими проявлениями на этапе поступления в отделение были не готовы. При поступлении в отделение пограничных состояний в ряде случаев их неадекватная мотивация была связана с ожиданием неблагоприятных последствий психиатрического вмешательства, неправильной ориентировкой на вид вмешательства («хочу лечиться только гипнозом»), демонстрацией своей активной терапевтической позиции (без критичности предлагали «свой» план лечения).

В основной группе пациенток неадекватная мотивация на лечение проявлялась также пессимизмом, неверием в благоприятный исход, неопределенным отношением к лечению. Негативная установка на лечение в процессе комплексной терапии хорошо поддавалась коррекции, причем в создании мотивации на позитивное отношение к лечению была полезной повышенная внушаемость и подверженность мнению значимых лиц пациенток с истерическими проявлениями.

*Отношение к заболеванию и лечению пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* У пациенток основной группы при сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще отмечались страх перед предстоящим лечением и возможными осложнениями (32,26 и 17,65 %), непрекращающийся поиск всё новых способов лечения с быстрым разочарованием в них (31,18 и 17,65 %), несогласие с предлагаемым врачом лечением, так как препараты якобы оказывают необычное действие, непонятное врачам (27,96 и 14,71 %). В то же время выявлена тенденция к более редкой встречаемости таких факторов отношения к лечению, как стремление любым способом избавиться от болезни (4,30 и 29,41 %), уверенность в успехе лечения (4,30 и 20,58 %) (табл. 17).

В литературе описаны типы отношения пациентов к заболеванию: гипонозогностический – недооценка тяжести заболевания и неадекватная модель «сверхоптимальных результатов лечения»; гипернозогностический – значимость болезни преувеличена, «модель минимальных результатов» (Сирота Н. А., Ярославская М. А., 2011). Показано, что дезадаптивное отношение сопровождается тревожно-депрессивным настроением, психосоциальной и личностной дезадаптацией, низким субъективным контролем (Чижова А. И., 2012).

*Отношение к врачам у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* В основной группе пациенток при сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) с более высокой частотой наблюдались стремление к вниманию врача (26,88 и 14,70 %), недоверие к врачам (25,81 и 11,77 %). Вместе с тем на уровне тенденции реже отмечено обращение к разным врачам из-за неуверенности в выздоровлении (24,73 и 29,41 %), уважение и доверие к медработникам (22,58 и 44,12 %) (табл. 17).

Стремление к вниманию врача у пациенток основной группы связано с их потребностью быть в центре внимания окружающих, этим объясняется и их желание лечиться у авторитетного врача. Чтобы повысить собственную самооценку и подтвердить правомерность своих демонстративных жалоб на «тяжелое состояние», «нераспознанные боли», они добиваются консультаций «медицинских светил». Однако если субъективные жалобы не подтверждаются результатами объективных исследований и, следовательно, не представляют угрозы и опасности для их жизни, то зачастую заявления подобного рода сопровождаются недоверием к врачам, обвинением их в некомпетентности, раздражительностью.

*Отношение к членам семьи у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* Пациентки основной группы при сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще безразлично относились к близким (25,81 и 11,77 %) либо характеризовались тенденцией к обвинению родственников в непонимании тяжести своего состояния (23,66 и 11,77 %). В то же время на уровне тенденции реже стремились скрыть от близких болезни и внутренние переживания, чтобы не портить

им настроение (21,51 и 26,47 %), реже с тревогой ожидали трудности и невзгоды из-за болезни (15,05 и 26,47 %), реже опасались стать в тягость близким (13,97 и 23,52 %) (табл. 17).

Безразличное отношение к членам семьи объяснялось поглощенностью пациенток основной группы мыслями о болезни или всецело захватившим их переживанием проблем в семье, на работе. Они упрекали близких в непонимании тяжести своего состояния, бесчувствии, эгоизме, даже при оказании членами семьи заботы, поддержки, регулярных посещениях в стационаре.

*Отношение к будущему пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* Пациентки основной группы при сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще переживали из-за будущего с болезнями, бесперспективностью (30,11 и 17,64 %) и стремились найти виновника болезни (27,96 и 14,71 %). Вместе с тем на уровне тенденции они реже верили в улучшение здоровья в связи с лечением (21,50 и 26,47 %), реже считали, что болезнь не отразится на будущем (11,83 и 20,59 %), реже относились к будущему с безразличием (8,60 и 20,59 %) (табл. 17).

Негативное реагирование у пациенток основной группы вызывали представления о пессимистичном будущем, с несчастьями, болезнями, бесперспективностью («молодость ушла», «какое уж тут счастье»). Стремление найти виновника болезни сводилось к упрекам врачей в ошибочной диагностике («пока бегала по врачам, сколько времени прошло – теперь не вылечиться») или к невнимательному отношению близких («никому я не нужна со своими проблемами»).

Негативные ожидания от будущего снижали у пациенток основной группы способность к самостоятельным решениям, провоцируя импульсивные поступки на фоне недовольства и раздражительности. Хотя женщины «отгоняли» мысли о снижении физических сил и психической устойчивости, избегающая позиция мешала рациональному видению будущего. Вытесняющее, инфантильное отношение к жизни способствовало на время подавлению тревожных мыслей о будущем, пациентки по-детски надеялись, что имеющиеся проблемы разрешатся без их участия, ожидая поддержки и помощи со стороны.

Фактором плохой откликаемости на терапию у пациенток основной группы могла быть не только пессимистичная оценка будущего. Оптимистическая вера в будущее и положительный исход лечения в ряде случаев помогала врачу, но с другой стороны – препятствовала, так как оптимистичные планы часто не только не соответствовали действительности, но противоречили реальности.

При соматоформной депрессии отношение к будущему характеризуется переживанием жизни как скучной, бессмысленной. Отсутствие позитивного образа будущего препятствует в дистанцировании от тревожно-депрессивных переживаний в настоящем (Чугунов Д. Н., 2006). По В. Г. Будза, Е. Ю. Антохи-ну (2011), психогенные факторы в позднем и старшем возрасте ведут к внутреннему опустошению с пессимистической оценкой будущего.

Кратко резюмируя раздел 5.1, посвященный субъективно значимым факторам как predispositional коррелятам терапии, приведем факторы, встречавшиеся у пациенток основной группы в отличие от пациенток группы сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ): неадекватная, отрицательная мотивация на лечение, установка на «вторичную» выгоду от болезни (64,52 и 58,82 %); страх перед лечением и осложнениями (32,26 и 17,65 %), поиск новых способов лечения и разочарование в них (31,18 и 17,65 %), несогласие с предлагаемым врачом лечением (27,96 и 14,71 %); стремление к вниманию врача (26,88 и 14,70 %), недоверие к врачам (25,81 и 11,77 %), безразличное отношение к близким (25,81 и 11,77 %), тревожные переживания из-за будущего с болезнями, бесперспективностью (30,11 и 17,64 %), стремление найти виновника болезни (27,96 и 14,71 %).

Вместе с тем у пациенток основной группы выявлена тенденция к более редкой частоте таких факторов, как адекватная, положительная мотивация (35,48 и 41,18 %), стремление избавиться от болезни (4,30 и 29,41 %), уверенность в успехе лечения (4,30 и 20,58 %), обращение к разным врачам из-за неуверенности в выздоровлении (24,73 и 29,41 %), уважение и доверие к медработникам (22,58 и 44,12 %), стремление скрыть болезнь (21,51 и 26,47 %), ожидание трудностей и невзгод из-за болезни (15,05 и 26,47 %), опасение стать

в тягость близким (13,97 и 23,53 %), улучшение здоровья в связи с лечением (21,50 и 26,47 %), точка зрения, что болезнь не отразится на будущем (11,83 и 20,59 %), безразличие к будущему (8,60 и 20,59 %).

## 5.2. Принципы терапевтической направленности, этапы и программы комплексной терапии у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств

Комплексная терапия у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР, помимо психофармакотерапии по устранению или ослаблению психопатологической симптоматики, включала немедикаментозную терапию, нейрометаболическую терапию, коррекцию климактерических нарушений. С целью общеукрепляющего действия пациенткам рекомендовали ЛФК, массаж, прогулки перед сном, контроль за массой тела.

Немедикаментозная терапия у пациенток основной группы проводилась по следующим направлениям: 1) нормализация режимов труда и отдыха; сна и бодрствования; 2) физическая активность; 3) психотерапевтическое и психологическое консультирование по оказанию поддержки и научению адекватному реагированию в кризисных (психогенных) ситуациях – в связи с наступлением климактерического возраста; обучение элементам релаксации и аутотренинга; 4) физиотерапия.

Нейрометаболическая терапия в сочетании с активирующими и седативными растительными средствами оказывала ноотропное, адаптогенное, психостимулирующее, антиастеническое, седативное и транквилизирующее действие, способствовала в устранении серотонинового дефицита, улучшении кровоснабжения мозга в климактерическом возрасте.

При проведении нейрометаболической терапии на этапе стационарного лечения у пациенток основной группы в сопоставлении с пациентками группы сравнения с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) отмечалось использование ноотропов и актопротекторов (пантогам, пирацетам, ноотропил, аминалон, пирамам, танакан, фенибут, фенотропил) и седативных средств растительного происхождения (валериана, валокормид, валоседан, калия бромид, корвалол, вало-



кордин, новопассит, пассифлора, настойки пиона, пустырника) (68,82 и 47,06 %) и с достоверной значимостью реже ( $p < 0,001$ ) назначали ноотропы, актопротекторы в сочетании с активирующими растительными средствами (настойки аралии, женьшеня, заманихи, лимонника, экстракты левзеи, радиолы, элутерококка пантокрин) (31,18 и 52,94 %). В 100 % случаев дополнительно назначали витаминные комплексы (стресс-стабс, стрес-стабс + железо, стрес-стабс + цинк, фитотранквелл, декамевит, глутамевит).

Таблица 18 – Тип нейрометаболической терапии на этапе стационарного лечения у пациенток климактерического возраста с НППР

Класс лекарственных препаратов	Основная группа		Группа Сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ноотропы и актопротекторы (пантогам, пирацетам, ноотропил, аминалон, пирамем, танакан, фенибут, фенотропил) + Седативные средства растительного происхождения (валериана, валокормид, валоседан, калия бромид, корвалол, валокордин, новопассит, пассифлора, настойки пиона, пустырника)	64*	68,82	16	47,06	80	62,99
Ноотропы и актопротекторы (пантогам пирацетам, ноотропил, аминалон, пирамем, танакан, фенибут, фенотропил) + Активирующие средства растительного происхождения (настойки аралии, женьшеня, заманихи, лимонника, экстракты левзеи, радиолы, элутерококка пантокрин)	29*	31,18	18	52,94	47	37,01
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .

Снижение выраженности климактерических нарушений (нейровегетативных, метаболических, психоэмоциональных) предусматривало, прежде всего, улучшение психоэмоционального состояния и уменьшение частоты приливов, что достигалось рекомендацией растительных препаратов (иноклим, эстровэл, феминал) с целью снижения дефицита эстрогенов, устранения дефицита витаминов, макро- и микроэлементов, а также для профилактики обменных нарушений, остеопороза, атеросклероза. При сохранявшихся климактерических нарушениях рекомендовано наблюдение гинеколога (заместительная гормонотерапия).

Пациенткам основной группы назначали вегетостабилизаторы, которые уменьшали приливы, эмоциональную лабильность, проявления тревоги. Белла-

таминал 1—2 табл/сут в течение 1 месяца устранял нейровегетативные (приливы жара, похолодание рук и ног) и психоэмоциональные (раздражительность, усталость, переутомление, боли в голове, плохой сон, изменение сексуальной активности) нарушения благодаря седативному и успокаивающему действию.

Ци-клим 2 табл/сут, феминал 1 капс/сут устраняли головную боль, возбудимость, апатию, перепады настроения. Гелариум 3 табл/сут повышал настроение, активность, психоэмоциональную устойчивость, нормализовал сон, аппетит и работоспособность. Климадинон 2 табл/сут, климактоплан 3 табл/сут снижали угнетенность, тревогу, раздражительность, улучшали сон. Лефем 2 табл/сут корректировал настроение, нарушения сна, снижал возбуждение и тревогу. Эпифамин 2 табл/сут повышал работоспособность, психоэмоциональное состояние, устранял бессонницу, головокружение, поддерживал деятельность эндокринной системы. Настойки валерианы 20—30 капель, пустырника 20—30 капель, микстура Кватера 1 ст. л., донормил 2 табл/сут, ново-пассит 3 табл/сут устраняли страх, беспокойство, возбудимость, усталость, рассеянность, расстройства сна. Ноотропы (глутаминовая кислота 3 г/сут, аминалон 3 г/сут, пир-ацетам 100—150 мг/кг/сут, энцефабол 600 мг/сут, фенибут 50—100 мг/сут) снижали астенодепрессивные проявления, раздражительность и улучшали память; кавинтон 25—30 мг/сут, циннаризин 25—30 мг/сут, трентал 25—30 мг/сут улучшали процессы мозгового кровообращения (концентрацию внимания, память).

*Этапность стационарно-амбулаторной терапии пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР:* 1) клинко-диагностический этап (клинко-психопатологический, клинко-динамический, экспериментально-психологический методы); 2) лечебные мероприятия в связи с острым течением НППР и фиксацией истерической симптоматики (нейрометаболическая, психофармако- и психотерапия); 3) превентивно-реабилитационный (амбулаторное сопровождение в период ремиссии по запросу (личное или телефонное обращение)).

На основном этапе острое течение НППР и выраженность истерических проявлений купировали путем адекватной медикаментозной ПФТ.

Таблица 19 – Тип базовой психофармакотерапии на этапе стационарного лечения у пациенток климактерического возраста с НППР

Класс психотропных лекарственных препаратов	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	Антидепрессанты с седативным действием (леривон, азафен, тианептин, коаксил) + Транквилизаторы: 1) анксиолитики (диазепам, сибазон, седуксен, реланиум, феназепам элениум, алпразолам, кассадан); 2) «дневные» (мезапам, мексидол, нозепам, тазепам, грандаксин)	60*	64,52	14	41,18	74
Антидепрессанты сбалансированного действия (анафранил, пароксетин, паксил, сертралин, золофт) + Транквилизаторы: 1) анксиолитики (диазепам, сибазон, седуксен, реланиум, феназепам элениум алпразолам, кассадан); 2) «дневные» (мезапам, мексидол, нозепам, тазепам)	27**	29,03	19	55,88	46	36,22
Антидепрессанты активирующего действия (имипрамин, мелипрамин, флуоксетин, профлузак, прозак) + Нейролептики (неулептил, аминазин, этаперазин, эглонил, сонапакс, трифтазин, алимемазин, терален, перициазин)	6	6,45	1	2,94	7	5,51
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ .

Базовая психофармакотерапия на этапе стационарного лечения в 100 % случаев была сочетанной. При проведении базовой психофармакотерапии на этапе стационарного лечения у пациенток основной группы в сопоставлении с пациентками группы сравнения с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) назначали антидепрессанты с седативным действием (леривон, азафен, тианептин, коаксил) в сочетании с транквилизаторами анксиолитического действия (диазепам, сибазон, седуксен, реланиум, феназепам элениум алпразолам, кассадан) или «дневными» транквилизаторами (мезапам, мексидол, нозепам, тазепам) (64,52 и 41,18 %) и с высоким уровнем достоверности различий ( $p < 0,001$ ) реже назначали антидепрессанты сбалансированного действия (анафранил, пароксетин, паксил, сертралин, золофт), сочетанные с транквилизаторами-анксиолитиками и «дневными» транквилизаторами (29,03 и 55,88 %). Кроме того, выявлена тенденция к более редкому назначению (с незначительным превышением в основной группе) антидепрессантов активирующего действия (имипрамин, мелипрамин, флуоксетин, профлузак, прозак) в сочетании с ней-

ролептиками (неулептил, аминазин, этаперазин, эглонил, сонапакс, трифтазин, алимемазин, терален, перициазин) – 6,45 и 2,94 % ( $p > 0,05$ ).

Суточные дозы лекарственных препаратов подбирались индивидуально, с учетом ведущей психопатологической симптоматики (НППР и истерические проявления), переносимости препаратов, сопутствующей психосоматической и соматической патологии. Препаратами выбора для купирования острой симптоматики непсихотической психической патологии во всех случаях были антидепрессанты (седативного, сбалансированного или активирующего действия) в сочетании с транквилизаторами или нейролептиками. Сочетанное использование психотропных препаратов разных групп и классов приводило к клиническому улучшению при резистентности к монотерапии.

На I этапе (клинико-диагностическом) с учетом имеющейся медицинской документации прослежена динамика развития НППР и усиления истерической симптоматики у пациенток основной группы и разработан индивидуальный план лечения. Целью II этапа (основного) дифференцированной курации являлось нивелирование или смягчение течения НППР и выраженности истерических проявлений путем индивидуально-дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий. В целом психофармако- и психотерапию проводили с опорой на принципы преемственности, этапности, дифференцированности в лечении пограничных пациенток климактерического возраста с учетом причин возникновения психогенных факторов заострения истерических проявлений в структуре НППР.

Психосоциореабилитационный процесс проводили в соответствии с режимами ведения пограничного больного (Семке В. Я., 1993). *Кризисный режим* – поступление в отделение пограничных состояний в острой стадии НППР и усиления истерических проявлений и климактерических нарушений. В кризисный этап (при поступлении) оценивали характер психогений и тип реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях, т. е. природу «витального» сдвига (Гиляровский В. А., 1954), определяли характер течения климактерического периода (страх и переживания в связи с наступлением климакса, утраты молодости и старения организма). *Базисный (стационарный) режим* на основе тщатель-

ного изучения внутренней картины болезни и с учетом имеющегося резервно-адаптационного потенциала пациенток предусматривали дифференцированную психофармако- и психотерапию. *Регрессионный (поддерживающий) режим* (до 2 месяцев и более) был направлен на закрепление позитивных результатов стационарного лечения с ориентацией на долговременную стабилизацию психического состояния и возможно полное смягчение климактерических нарушений с вектором восприятия климактерического возраста как процесса нормальной, физиологической перестройки организма женщин в неразрывном онтогенезе.

*Первая программа* терапии предложена пациенткам основной группы и группы сравнения с расстройствами адаптации (35,48 и 23,53 %) и тревожными расстройствами (27,96 и 17,65 %), с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще пациенткам основной группы в сопоставлении с группой сравнения с тревожно-депрессивным типом реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях (63,44 и 41,18 %).

Препаратами выбора основной психофармакотерапии (антидепрессивной) являлись трициклические антидепрессанты (анафранил 75—100 мг/сут, людио-мил 75—100 мг/сут, азафен 75 мг) и СИОЗС (сертралин 150—200 мг/сут, циталопрам 25—50 мг/сут, флувоксамин 50—100 мг/сут, флуоксетин 60 мг/сут, пароксетин 20 мг/сут), так как не вызывали лекарственной зависимости, обладали минимумом побочных эффектов. Так как эффект наступал через 1—2 недели от начала приема малых доз в ряде случаев после амбулаторного этапа их продлевали до 2 и более месяцев с повышением дозы и постепенным снижением при отмене. Показаниями к применению антидепрессантов были тревожная эмоциональная напряженность, тревожная мнительность в связи с загруженностью «проблемами», страх возможных неприятностей и несчастий, угнетенное настроение. У пациенток постепенно устраняли исходные жалобы на тревожно-депрессивную симптоматику (подавленное настроение, дисфория, раздражительность, апатия, стремление остаться наедине с собой, низкая самооценка, фобические переживания). Применявшиеся антидепрессанты (леривон 30—60 мг/сут) обладали выраженным антидепрессивным свойством с седативным и мягким снотворным ком-

понентом, в результате анксиолитического действия подавляли напряжение, беспокойство, страх и тревогу при засыпании. При тревожно-депрессивной симптоматике (подавленность, угнетенность, охваченность пессимистическими переживаниями в результате неадекватного реагирования) антидепрессанты 5—7 дней вводили парентерально, затем в таблетированной форме. Для устранения явлений ажитации применяли следующий алгоритм: людиомил 50 мг, реланиум 10 мг, галоперидол 5 мг внутривенно капельно. Так как три- и тетрациклические антидепрессанты (людиомил 100—150 мг/сут) обладали побочными эффектами (сонливость, тошнота, сухость во рту, диарея, изменение аппетита, аллергические реакции и пр.), в ряде случаев пациентки обращались с требованием их отмены, но жалобы утрачивали актуальность на фоне объективного снижения тревоги и депрессии.

Препаратом выбора в устранении тревожно-фобической, конверсионной, тревожно-ипохондрической симптоматики являлись также транквилизаторы (сибазон 15—30 мг/сут, нозепам 20—40 мг/сут, элениум 30—50 мг/сут, рудотель 10—20 мг/сут, соннапакс 30—50 мг/сут) с анксиолитическим, седативным, вегетостабилизирующим действием. Сочетанный прием антидепрессанта в комбинации с транквилизатором приводил у пациенток основной группы к компенсации истерических проявлений с преобладанием тревожного компонента, но в ряде случаев требовалась отмена из-за чрезмерной седации, нарушений координации и внимания, мышечной слабости.

Бензодиазепиновые транквилизаторы (феназепам 1,5—3 мг/сут, мезапам 5—15 мг/сут) благодаря противотревожному и анксиолитическому действию и вегетостабилизирующей активности устраняли астению, состояния тревоги, повышенную раздражительность, нарушения сна при обсессивно-фобических и сенестоипохондрических проявлениях и соматической патологии. Транквилизаторы (лоразепам 5—7,5 мг/сут, реланиум 15—30 мг/сут, ксанакс 1—2 мг/сут, атаракс 25—50 мг/сут) нивелировали истероконверсионную, истероневротическую (соматовегетативную) симптоматику, вызванную тревогой, страхом, сниженным настроением, раздражительностью, эмоциональной лабильностью, ипо-

хондрией; лоразепам устранял тревогу при обсессивно-фобических нарушениях с коморбидными соматическими заболеваниями (сердечно-сосудистые заболевания, бронхиальная астма). «Дневные» транквилизаторы (грандаксин 200 мг/сут, атаракс 75 мг/сут) с анксиолитическим и умеренным активизирующим эффектом снижали явления гипостении с повышенной истощаемостью, раздражительной слабостью, вегетативной лабильностью, астенией, уменьшали психическое напряжение, тревогу, нейровегетативные климактерические нарушения (приливы жара, одышку нейрогенного происхождения, тошноту, головокружения, потливость, снижали гиперсимпатикотонию (повышенный тонус вегетативной нервной системы, повышенное артериальное давление, тахикардия).

Препаратом выбора при ведущем тревожно-депрессивном компоненте были и нейролептики (аминазин 75—125 мг/сут, пропазин 100—150 мг/сут, этаперазин 10—15 мг/сут), снижающие истерические проявления у пациенток основной группы, протекающие с возбуждением. Нейролептики-корректоры поведения (неулептил 10—25 мг/сут, сонапакс 10—30 мг/сут) снижали выраженность психопатоподобного состояния в стадии декомпенсации с преобладанием истерических проявлений, протекающих с раздражительностью, конфликтностью, устраняли тревожное напряжение и страх в связи с фиксацией на психотравмирующей ситуации. Хорошо зарекомендовала себя комбинация нейролептика (галоперидол до 10 капель в сутки, тералиджен до 20 мг/сут, эглонил 200—300 мг/сут, аминазин 50—75 мг/сут) и антидепрессанта (флуоксетин 40 мг/сут, феварин 75—100 мг/сут, рексетин 40 мг/сут или сертралин 75 мг/сут); в данной схеме симптоматический седативный эффект нейролептика способствовал быстрому снижению психопатологической симптоматики и выраженности климактерических нарушений (нейровегетативных и психоэмоциональных).

Если при выписке пациенток из отделения на фоне общего улучшения (исчезли стойкие отрицательные эмоции, тоска, подавленность, безнадежность, двигательная и психическая заторможенность) сохранялись незначительные элементы тревожного ожидания, плаксивость, легкая раздражительность, амбулаторно до 2—3 месяцев назначали афобазол (30 мг/сут), грандаксин (50 мг/сут), настойку

валерианы (20—30 капель), а также для снижения тревожности в конфликтных ситуациях рекомендовали фито-ново-сед и фитотранквелл с успокаивающим и стресспротективным действием.

В литературе последних лет предложена комплексная терапия непсихотических депрессивных расстройств: гормонотерапией купируют нейровегетативные нарушения, сертралином – психоэмоциональные (Хархарова М. А., 2007). В другой работе показана эффективность антидепрессантов у женщин климактерического возраста (амитриптилин 25—100 мг, ципрамил 20—80 мг, флюанксол 10—15 мг, леривон 20 мг); при депрессиях с ипохондрией назначают мелипрамин 50—100 мг, ремерон 30 мг; при истерических проявлениях – транквилизаторы и малые дозы нейролептиков (Тахташова Д. Р., 2005).

*Вторая программа* ориентирована на пациенток обеих групп с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (11,83 и 14,71 %) и соматоформными расстройствами (10,75 и 14,71 %), пациенток основной группы с диссоциативными расстройствами (4,3 %), пациенток группы сравнения с расстройствами адаптации (17,65 %) и тревожными расстройствами (11,75 %), с достоверной значимостью реже ( $p < 0,01$ ) пациенткам основной группы в сопоставлении с группой сравнения с соматоипохондрическим типом реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях (26,88 и 58,82 %).

Пациентки консультировались ранее узкими специалистами и многократно проходили лечение по поводу различной соматической патологии; высказываемые жалобы на тяжелое («смертельное») заболевание с угрозой жизни не подтверждались объективно, т. е. соматоипохондрический тип реагирования в кризисных ситуациях имел психогенный конверсионный механизм.

Высокую эффективность у пациенток основной группы продемонстрировала купирующая психофармакотерапия средними дозами СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин, циталопрам), с активирующим и анксиолитическим действием, с коррекцией пессимистического восприятия в связи с реальной соматической патологией, усилившейся в климактерическом возрасте. Кроме психопатологической симптоматики (сниженное настроение в связи с пе-



реживаниями о неизлечимом заболевании, повышенная тревога, страх и напряжение из-за тяжелых предчувствий, дисфория), комплексная ПФТ устраняла или снижала климактерические нарушения (приливы жара и потоотделения, соматоформная вегетативная дисфункция, возбудимость, астения, сдавление в сердце, плохой сон). Сертралин 50—75 мг/сут, имипрамин 50—75 мг/сут, кломипрамин 25—50 мг/сут показали эффективность в устранении тревожной мнительности у пациенток с тревожно-ипохондрической симптоматикой, коморбидной с ревматизмом, артритом, болевым синдромом. Флуоксетин 50—75 мг/сут, пароксетин 20—40 мг/сут устраняли obsessions, фобии, приступы паники. Антидепрессанты с выраженным анксиолитическим и успокаивающим эффектом (лоривон 30—50 мг/сут, феварин 100—150 мг/сут) не только улучшали настроение, снижали эмоциональное напряжение, нарушения сна, помогали отвлечься от беспокойных мыслей о здоровье, но и уменьшали выраженность соматических и вегетативных симптомов. Флюанксол до 2,5 мг/сут редуцировал сверхценные ипохондрические образования с утрированно-медицинской трактовкой характера заболеваний, спровоцированные истерической интерпретацией («залипает слюна», легкие, бронхи «забиты слизью», «испепеляет жжение» в желудке).

Небензодиазепиновые (афобазол 30 мг/сут, гидроксизин 200 мг/сут) и бензодиазепиновые (тофизопам) анксиолитики назначали не более 1 месяца с минимальных доз и постепенной отменой. При истерических проявлениях афобазол устранял снижал телесные конверсии, эмоциональную лабильность благодаря противотревожному и вегетостабилизирующему эффектам, без дневной сонливости и синдрома отмены.

Препаратом выбора являлись также транквилизаторы анксиолитического действия в среднетерапевтических дозах (феназепам до 1,5 мг/сут, сибазон до 7,5 мг/сут, атаракс до 50 мг/сут) для устранения тревоги, фобий, беспокойства, эмоциональной напряженности, повышенной раздражительности, страхов на фоне органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства в результате поражения ЦНС различного генеза.

При соматоформных расстройствах и органическом эмоционально лабильном (астеническом) расстройстве назначали антиастенический растительный антидепрессант деприм 1 капсула с психоэнергизирующим, антидепрессивным и транквилизирующим действием, устранявший подавленность, бессонницу, раздражительность, астению, что повышало активность, трудоспособность.

При выписке пациенткам рекомендовали соблюдение режима труда и отдыха, рациональное питание, лечебную физкультуру, витамины групп А, В, С и Е, кальций с витамином Д, адаптогены (родиола розовая, аралия, элеутерококк, лимонник, левзея, женьшень, пантокрин).

По данным литературы, при соматизированной истерии эффективны атипичные антипсихотики (кветиапин) и тимоаналептики (серотонинергические, двойного действия), при истероидной дисфории – антидепрессанты полициклического ряда, тимоаналептики (Поляковская Т. П., 2011). Эффективна коррекция климактерических нарушений мексидолом и алзоламом амбулаторно, со снижением выраженности нейровегетативных и психоэмоциональных проявлений (Любарова И. Б., 2008).

*Третья программа* рекомендована пациенткам основной группы с истерическим расстройством личности (9,68 %) и психопатоподобным типом реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях. Назначались антидепрессанты, нейролептики и корректоры поведения для устранения нейровегетативных и сенестопатических нарушений, снятия дисфорической напряженности, взрывчатости, повышенной эмоциональной возбудимости.

В базисной терапии истеровозбудимой симптоматики препаратом выбора являлся антидепрессант (флуоксетин 20—40 мг/сут) с параллельным назначением нейролептика (алимемазин, терален до 30 мг/сут) для устранения нейровегетативных и сенестопатических нарушений, а также корректора поведения (неулептил до 10 кап/сут), что снижало дисфорическую напряженность и возбудимость. При взрывчатости, вспыльчивости, аффективном эмоциональном отреагировании назначали аминазин 200—300 мг/сут, что устраняло возбудимость, плаксивость, страх, бессонницу и нормализовало состояние при гиперболи-

зированной ипохондрии, сенестопатиях. В 2 случаях потребовалось купирование психопатического возбуждения аминазином до 75 мг внутримышечно. Неулептил как корректор поведения уменьшал тревожное напряжение, предупреждая эпизоды взрывчатости, благодаря седативному действию снижал раздражительность и гневливый аффект. По литературным данным, снижение аминазином возбудимости головного мозга при истерических проявлениях нормализует поведение, смягчает аффект (Лакосина Н. Д., Литвищенко В. Ф., 1994).

Пациентки основной группы с психопатоподобным типом реагирования высказывали жалобы сексуального плана, с истерическим компонентом, идеями повышенного полового влечения, тягой «к удовольствиям» на фоне личностной незрелости и поверхностности суждений, свойственных личности с истерическим радикалом. Часть пациенток с истерическим расстройством личности испытывала тягостно-удручающие переживания по поводу наступления старости, физического увядания, утраты женственности и «безупречной» внешности, так как лишились внимания со стороны лиц противоположного пола. Финлепсин 200—300 мг/сут, эглонил 150—300 мг/сут и сонапакс 75—100 мг/сут эффективно устраняли истерические проявления при психопатоподобном типе реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях, в том числе тревогу, страх, раздражительность и агрессивность, гиперреактивность и возбуждение. Флуоксетин 60 мг/сут редуцировал импульсивное поведение, смягчал вспышки раздражительности, гнева, недовольства в силу тонизирующего действия, улучшал настроение, уменьшал страх и депрессию, повышал работоспособность.

По окончании курса базовой психотерапии на стационарном этапе у всех пациенток стационарной выборки вне зависимости от нозологической принадлежности психического расстройства и типа реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях возобновился интерес к окружающему, появились бодрость, оптимистичное видение жизни в климактерическом возрасте.

В литературе подчеркивается роль психотерапии при истерических проявлениях в климактерическом возрасте, так как истерические состояния возникают от внушения и лечатся разубеждением (Овсянников С. А., Цыганков Б. Д.,

2001). Л. В. Серебренникова, Е. Я. Каждан (2010) при истерическом неврозе медикаментозную терапию сочетают со стрессорной психотерапией.

Психотерапия у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР повышала эффективность фармакотерапии, способствуя снижению психопатологической симптоматики и климактерических нарушений, нормализации психосоматического статуса благодаря осознанному преодолению неадекватных поведенческих стереотипов. На стационарном (начальном) этапе с помощью методов психотерапии у пациенток выясняли их концепцию болезненного состояния, объясняли суть заболевания и связь его с индивидуальными чертами личности, с привлечением примеров показывали влияние психического состояния на течение соматической симптоматики. После выписки пациенток психотерапия осуществлялась в виде консультативно-амбулаторной поддерживающей помощи (запрос по личному обращению или телефону). Главная мишень психотерапевтического воздействия – путем объяснения, переубеждения, ободрения, отвлечения осознать необходимость реконструкции негармоничных отношений в семье, на работе, в микросоциуме настроить на сознательно-критическое отношение к себе как к социально зрелой личности с адекватной самооценкой. На амбулаторном (заключительном) этапе поддерживающая психотерапия была направлена на коррекцию тревожно-мнительного истероидного стереотипа поведения, стабилизацию психического благополучия в личностной, межличностной и профессиональной сферах с привлечением резервно-волевых ресурсов с целью восстановления сущностного смысла жизни в климактерическом возрасте на основе самоконтроля и личной ответственности. Комплаентность пациенток с врачом на продолжительный период снижала частоту их обращаемости к врачам-интернистам.

На стационарном этапе в основной группе в сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) использовали индивидуальную (34,41 и 11,77 %) и семейную (22,58 и 5,88 %) формы психотерапии. Кроме того, на уровне тенденции в основной группе реже применяли групповую психотерапию (7,53 и 47,06 %) (табл. 20).

Индивидуальная и семейная психотерапия (4—5 раз в неделю, по 45—60 минут) позволяла изучить индивидуально-личностные черты пациенток с истерическими проявлениями, факторы развития болезненного соматического и психического состояния; помочь им не только в осознании связи между особенностями реагирования в кризисных ситуациях и заболеванием, но и в разрешении психотравмирующей ситуации путем избавления от неадекватного (тревожно-депрессивного, соматоипохондрического, психопатоподобного) реагирования, так как была направлена на успокоение пациенток и формирование конструктивного отношения к болезненному состоянию. Индивидуальное консультирование ориентировало пациенток основной группы на активное личное участие в работе, что позитивно влияло на процесс адаптации в климактерическом возрасте и улучшение социального функционирования в семейной, производственной, социальной сферах.

Таблица 20 – Форма (формат), тип (подход) и метод (техника) психотерапии на этапе стационарной терапии у пациенток климактерического возраста с НППР

Вид психотерапии	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Формат психотерапии						
Индивидуальная психотерапия	32*	34,41	4	11,77	36	28,35
Семейная психотерапия	21*	22,58	2	5,88	23	18,11
Групповая психотерапия	7	7,53	16	47,06	23	18,11
Тип (подход) психотерапии						
Недирективная психотерапия	47**	50,54	8	23,53	55	43,31
Директивная психотерапия	46**	49,46	26	76,47	72	56,69
Метод (техника) психотерапии						
Суггестивная психотерапия	64*	68,82	16	47,06	80	62,99
Рациональная психотерапия	29*	31,18	18	52,94	47	37,01
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание.  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ .

На стационарном этапе у пациенток основной группы с высоким уровнем достоверности различий ( $p < 0,001$ ) с группой сравнения чаще применяли недирективный подход психотерапии (50,54 и 23,53 %), а также с высоким уровнем достоверности различий ( $p < 0,001$ ) с группой сравнения реже использовали директивную психотерапию (49,46 и 76,47 %).

Основным методом психотерапии на стационарном этапе у пациенток основной группы в сопоставлении с пациентками группы сравнения с достовер-

ной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще была суггестивная психотерапия (68,82 и 47,06%); рациональная психотерапия пациенткам основной группы проводилась с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) реже (31,18 и 52,94 %) (табл. 20).

Недирективная психотерапия, ориентированная на личность пациенток с истерическими проявлениями, позволяла реконструировать психотравмирующую ситуацию, купировать острые переживания, понять факторы, мешающие личностному росту. Пациенткам основной группы реже проводили директивную психотерапию в силу их большего сопротивления при отказе от ошибочных суждений и меньшей податливости директивной позиции врача.

Суггестивная психотерапия, направленная на дезактуализацию психогенной ситуации, позитивный психологический настрой, была обоснована высокой внушаемостью, подверженностью постороннему влиянию пациенток основной группы, проводилась в виде прямого и косвенного внушения, аутогенной тренировки (обучение вызыванию тяжести и тепла в теле, регуляции сердечного ритма и дыхания, формулам внушения).

Рациональная психотерапия у пациенток основной группы была менее востребована, так как они труднее поддавались логическому переубеждению. В большинстве случаев она дополнялась аутогенной тренировкой, так как в состоянии мышечного расслабления, релаксации дополнительно проводили самовнушение, направленное на уменьшение тревоги и внутреннего беспокойства.

3—10 и 11—20 сеансов психотерапии с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) прошли пациентки основной группы в сопоставлении с пациентками группы сравнения с расстройствами адаптации (48,49 и 14,29 %; 24,24 и 7,14 %), тревожными расстройствами (53,85 и 10,0 %; 26,92 и 10,0 %), органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (54,55 и 40,0 %), соматоформными расстройствами (50,00 и 20,00 %) (табл. 21).

Пациентки основной группы, демонстративно высказывавшие на первых сеансах оптимистичные планы на долговременную терапию и в силу высокой самовнушаемости и настроения на быстрое «исцеление» ожидавшие немедленных позитивных изменений не только в состоянии здоровья, но и в жизни, в после-

дующем чаще отказывались от дальнейших встреч, объясняя нежелание участвовать в дальнейшей психотерапевтической работе разочарованием из-за несбывшихся ожиданий. Постепенное переубеждение преодолеvalo их внутреннее сопротивление против изменения отношения к болезненному состоянию.

В основной группе в сопоставлении с группой сравнения имелась тенденция к более редкому участию в 21–30 сеансах у пациенток расстройствами адаптации (27,27 и 78,57 %), тревожными расстройствами (19,23 и 80,0 %), органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (27,27 и 40,00 %), соматоформными расстройствами (20,00 и 40,00 %). Пациентки основной группы с истерическим расстройством личности и диссоциативными расстройствами участвовали в 3-10 (55,56 и 25,00 %) и 11-20 сеансах (44,44 и 75,0 %) (табл. 21).

Таблица 21 – Частота сеансов при прохождении психотерапии пациентками климактерического возраста с НППР (согласно диагнозам по МКБ-10)

Число пройденных пациентками сеансов психотерапии	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	Абс.	%
<b>Расстройства адаптации</b>						
3-10 сеансов	16*	48,49	2	14,29	18	38,30
11-20 сеансов	8*	24,24	1	7,14	9	19,15
21-30 сеансов	9	27,27	11	78,57	20	42,55
<b>Тревожные расстройства</b>						
3-10 сеансов	14*	53,85	1	10,0	15	41,67
11-20 сеансов	7*	26,92	1	10,0	8	22,22
21-30 сеансов	5	19,23	8	80,0	13	36,11
<b>Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство</b>						
3-10 сеансов	6*	54,55	2	40,0	8	50,0
11-20 сеансов	2	18,18	1	20,0	3	18,75
21-30 сеансов	3	27,27	2	40,0	5	31,25
<b>Соматоформные расстройства</b>						
3-10 сеансов	5*	50,0	1	20,0	6	40,1
11-20 сеансов	3	30,0	2	40,0	5	33,33
21-30 сеансов	2	20,0	2	40,0	4	26,66
<b>Истерическое расстройство личности</b>						
3-10 сеансов	5	55,56	0	0	5	55,56
11-20 сеансов	4	44,44	0	0	4	44,44
21-30 сеансов	0	0	0	0	-	
<b>Диссоциативные расстройства</b>						
3-10 сеансов	1	25,0	0	0	1	25,0
11-20 сеансов	3	75,0	0	0	3	75,0
21-30 сеансов	0	0	0	0	0	0
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание.  $p < 0,05$ .

Несмотря на опасения возможного ухудшения психического состояния, настрой на быстрый эффект, а не на долговременный контакт, страх попасть под постоянный контроль врача, негативные публикации в СМИ о психотерапии и психотерапевтах, в обеих группах не было отказов пациенток от психотерапии.

При ПНПР описана результативность комбинированной фармако- и психотерапии (Araon P. A. et al., 2002), а также психотерапии у женщин климактерического возраста: трансперсональной (Миронова Н. В. и др., 2005), интегративной (Урадовская А. В., 2011; Moursund J. P. et al., 2004), рациональной и суггестивной с аутогенной тренировкой и пассивной нервно-мышечной релаксацией (Ивлев С. М., 2009), семейной (Calvert C. A., 2008), когнитивно-бихевиоральной (Bisson J. I. et al., 2004), психодинамической (Roseborough D. J., 2004; Preston J., 2006).

Эффективность стационарной психофармако- и психотерапии пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре ПНПР повышали физиотерапия, лечебный массаж, лечебная физкультура.

Таким образом, в разделе 5.2 описаны принципы терапевтической направленности, этапы и программы комплексной терапии женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре ПНПР. В нейрометаболической терапии на стационарном этапе в основной группе с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) использовали ноотропы, актопротекторы и седативные растительные средства (68,82 и 47,06 %) и с достоверной значимостью реже ( $p < 0,001$ ) – ноотропы, актопротекторы и активирующие растительные средства (31,18 и 52,94 %). В 100 % случаев – витаминные комплексы.

Базовая психофармакотерапия на стационарном этапе в 100% случаев была сочетанной. Пациенткам основной группы в сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) назначали антидепрессанты-седатики, транквилизаторы-анксиолитики и «дневные» транквилизаторы (64,52 и 41,18 %), с высоким уровнем достоверности различий ( $p < 0,001$ ) реже – антидепрессанты сбалансированного действия, транквилизаторы-анксиолитики и «дневные» транквилизаторы (29,03 и 55,88 %), а также выявлена тенденция



к более редкому назначению антидепрессантов активирующего действия и нейрорептиков в обеих группах – 6,45 и 2,94 % ( $p>0,05$ ). Суточные дозы препаратов подбирали индивидуально, с учетом ведущей психопатологической симптоматики, сопутствующей психосоматической и соматической патологии

*Первая программа* – пациенткам обеих групп с расстройствами адаптации (35,48 и 23,53 %) и тревожными расстройствами (27,96 и 17,65 %), с достоверной значимостью ( $p<0,05$ ) чаще пациенткам основной группы с тревожно-депрессивным типом реагирования (63,44 и 41,18 %). *Вторая программа* – пациенткам обеих групп с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (11,83 и 14,71 %) и соматоформными расстройствами (10,75 и 14,71 %), пациенткам основной группы с диссоциативными расстройствами (4,3 %), пациенткам группы сравнения с расстройствами адаптации (17,65 %) и тревожными расстройствами (11,75 %), с достоверной значимостью реже ( $p<0,01$ ) пациенткам основной группы в сопоставлении с группой сравнения с соматоипохондрическим типом реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях (26,88 и 58,82 %). *Третья программа* – пациенткам основной группы с истерическим расстройством личности (9,68 %) и психопатоподобным типом реагирования.

На стационарном этапе в основной группе с достоверной значимостью чаще ( $p<0,05$ ) использовали индивидуальную (34,41 и 11,77 %) и семейную (22,58 и 5,88 %) формы психотерапии, групповую психотерапию на уровне тенденции применяли реже (7,53 и 47,06 %), по 45—60 минут, 4—5 раз в неделю. У пациенток основной группы с высоким уровнем достоверности различий ( $p<0,001$ ) чаще применяли недирективный подход психотерапии (50,54 и 23,53 %) и с высоким уровнем достоверности различий ( $p<0,001$ ) реже – директивный (49,46 и 76,47%). Основным методом психотерапии у пациенток основной группы с достоверной значимостью ( $p<0,05$ ) чаще была суггестивная психотерапия (68,82 и 47,06 %), с достоверной значимостью ( $p<0,05$ ) реже (31,18 и 52,94 %) – рациональная психотерапия.

3—10 и 11—20 сеансов психотерапии с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) прошли пациентки основной группы с расстройствами адаптации (48,49 и 14,29 %; 24,24 и 7,14 %), тревожными (53,85 и 10,0 %; 26,92 и 10,0 %), органическим эмоционально лабильным (астеническим) (54,55 и 40,0 %), соматоформными (50,00 и 20,00 %) расстройствами. В основной группе имелась тенденция к более редкому участию в 21—30 сеансах у пациенток с расстройствами адаптации (27,27 и 78,57 %), тревожными (19,23 и 80,0 %), органическим эмоционально лабильным (астеническим) (27,27 и 40,00 %), соматоформными (20,00 и 40,00 %) расстройствами. Пациентки основной группы с истерическим расстройством личности и диссоциативными расстройствами участвовали в 3—10 (55,56 и 25,00 %) и 11—20 сеансах (44,44 и 75,0 %).

### 5.3. Тяжесть психопатологической симптоматики и динамика (улучшение) психического состояния в процессе терапии у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств

*Оценка тяжести и динамики психопатологической симптоматики в процессе терапии у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* Проводилась по «Шкале глобального (общего) клинического впечатления» (The Clinical Global Impression – CGI) (Guy W., 1976) с двумя подшкалами. По подшкале тяжести CGI-S (Severity scale) на основе собственного клинического опыта мы оценивали тяжесть психопатологической симптоматики при поступлении, через 2 и 4 недели терапии (0 – оценить невозможно; 1 – здорова, отсутствие психических нарушений; 2 – пограничное состояние; 3 – слабо выраженные психические нарушения; 4 – умеренно выраженные психические нарушения; 5 – значительно выраженные психические нарушения; 6 – тяжелое психическое состояние; 7 – крайне тяжелое психическое состояние). По подшкале глобальной оценки динамики (улучшения) психического состояния (CGI-I) определяли, как изменилось состояние пациентки в сравнении с первым обследованием, т. е. оценивали улучшение состояния или динамику психопатологической симптоматики в процессе терапии через 2 и 4 недели (0 – оценить невоз-

можно; 1 – значительное улучшение; 2 – существенное улучшение; 3 – незначительное улучшение; 4 – без перемен; 5 – незначительное ухудшение; 6 – существенное ухудшение; 7 – значительное ухудшение).

На стационарном этапе на момент поступления и включения в стационарную выборку исследование у пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения, отмечалась значительно выраженная психопатологическая симптоматика (64,52 и 58,82 %), в то же время в основной группе наблюдалась тенденция к более редкой встречаемости умеренно выраженной психопатологической симптоматики (35,48 и 41,18 %).

Таблица 22 – Тяжесть психопатологической симптоматики на момент поступления и начало исследования по подшкале CGI-S «Шкалы глобального клинического впечатления» у пациенток климактерического возраста с НППР

Тяжесть психопатологической симптоматики	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Значительно выраженная психопатологическая симптоматика	60*	64,52	20	58,82	80	62,99
Умеренно выраженная психопатологическая симптоматика	33	35,48	14	41,18	47	37,01
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .

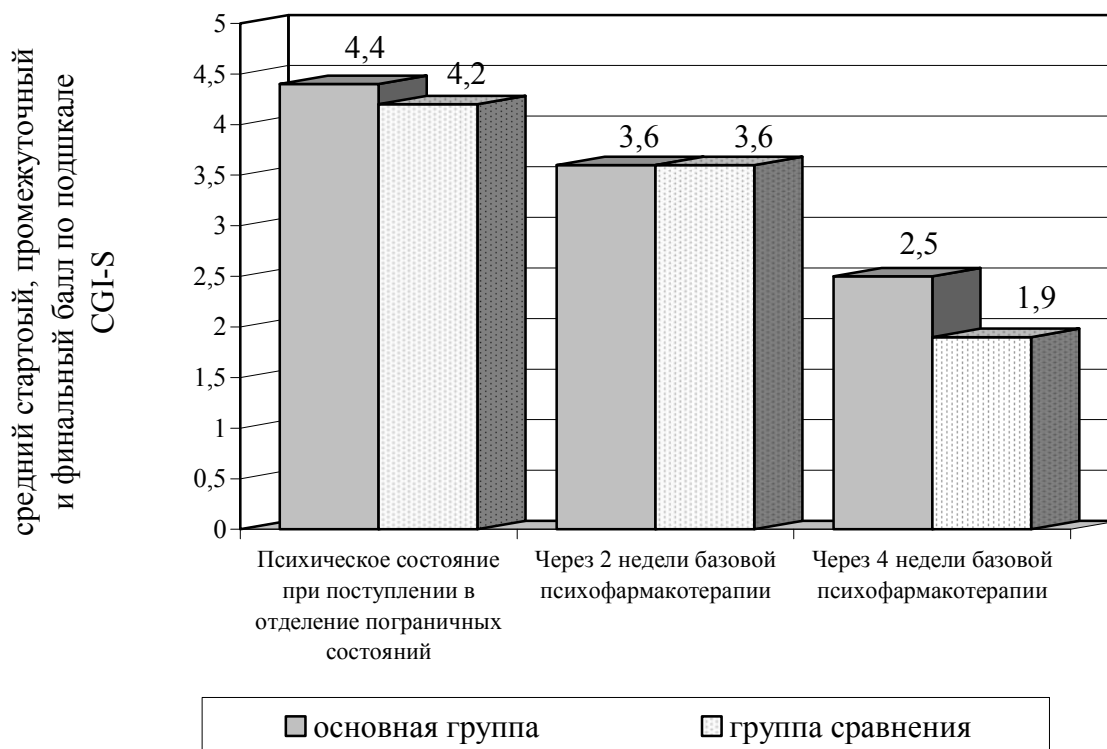


Рис. 5. Динамика показателей среднего (стартового, промежуточного, финального) балла по CGI-S в процессе базовой психофармакотерапии пациенток климактерического возраста с НППР

В соответствии со шкалой CGI определены средние показатели: стартовый (при поступлении), промежуточный (через 2 недели терапии), финальный (через 4 недели терапии).

В основной группе стартовый средний показатель по подшкале CGI-S составил  $4,4 \pm 0,7$  балла, в группе сравнения –  $4,2 \pm 0,4$  балла (рис. 5). Достоверные различия между количественными показателями степени тяжести психопатологической симптоматики при поступлении по CGI-S между основной и группой сравнения, а также в зависимости от структуры НППР и типа реагирования в кризисных ситуациях в стационарной выборке женщин климактерического возраста не были выявлены.

У пациенток основной группы и группы сравнения промежуточный средний показатель по подшкале CGI-S через 2 недели базовой ПФТ характеризовалась равномерным снижением ( $3,6 \pm 0,4$  и  $3,6 \pm 0,2$  балла), не имеющим статистических различий. У пациенток основной группы финальный средний суммарный показатель по CGI-S через 4 недели базовой ПФТ с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) имел более высокие значения относительно такового показателя у пациенток группы сравнения ( $2,5 \pm 0,2$  и  $1,9 \pm 0,1$  балла), что служило прогностическим критерием более медленной редукции тяжести имеющегося НППР у пациенток основной группы за счет истерических проявлений.

На стационарном этапе динамика психопатологической симптоматики в результате комплексной индивидуально-дифференцированной терапии у пациенток основной группы с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) в сопоставлении с пациентками группы сравнения по подшкале CGI-I характеризовалась значительным улучшением (59,14 и 79,41 %), с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) наблюдалось существенное улучшение (40,86 и 20,59 %). Ухудшения психопатологической симптоматики или психического состояния без перемен в обеих группах не зарегистрировано (табл. 23). Большинство пациенток субъективно ощущали улучшение психического состояния с первых дней терапии (улучшение самочувствия, появление бодрости, активности).

Таблица 23 – Динамика (улучшение) психического состояния в ходе терапии по подшкале CGI-I «Шкалы глобального клинического впечатления» у пациенток климактерического возраста с НППР

Динамика психопатологической симптоматики в процессе терапии	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Значительное улучшение психического состояния	55*	59,14	27	79,41	82	64,57
Существенное улучшение психического состояния	38*	40,86	7	20,59	45	35,43
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .

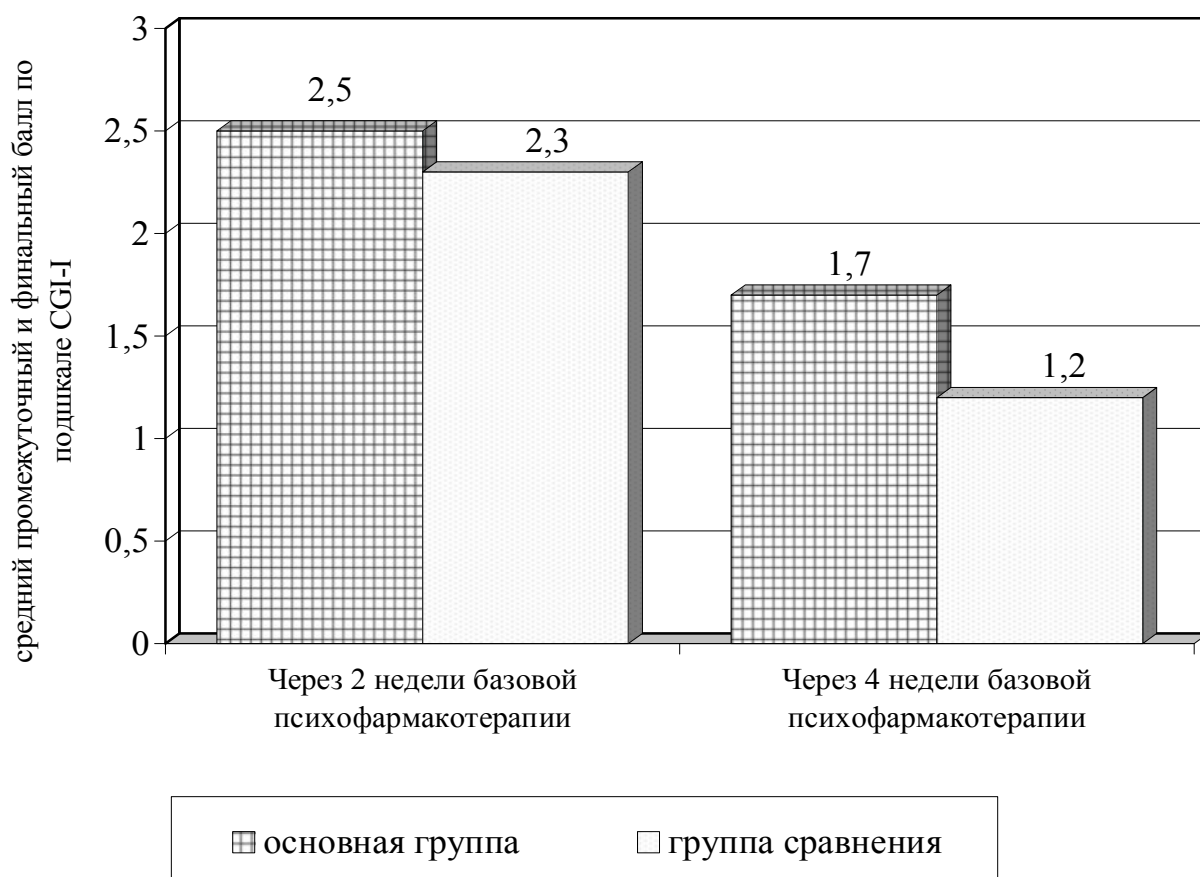


Рис. 6. Динамика показателей среднего (стартового, промежуточного, финального) балла по CGI-I в процессе базовой психофармакотерапии пациенток климактерического возраста с НППР

У пациенток основной группы и группы сравнения промежуточный средний суммарный показатель по подшкале CGI-I через 2 недели базовой ПФТ характеризовался не имеющими статистических различий темпами в достижении клинического улучшения ( $2,5 \pm 1,1$  и  $2,3 \pm 0,7$  балла) с тенденцией к более высоким значениям, т. е. к менее выраженному и более медленному наступлению

улучшения в основной группе (табл. 6). Кроме того, в основной группе финальный средний суммарный показатель по CGI-I через 4 недели базовой ПФТ также имел тенденцию к более высоким значениям, не имеющим статистических различий с группой сравнения ( $1,7 \pm 0,6$  и  $1,2 \pm 0,4$  балла), что подтверждало менее выраженную степень улучшения и более медленный темп процесса выздоровления у пациенток основной группы в связи с отягощением НППР истерическими проявлениями.

Таким образом, у пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР по подшкалам CGI-S и CGI-I обнаружена тенденция к регистрации более худших показателей (т. е. более высоких значений).

Как дополнительный инструмент исследования результативности терапии применяли 5-уровневую Шкалу эффективности терапии пограничного пациента (Семке В. Я., 1979): А – полное выздоровление (стойкая редукция психопатологической симптоматики, компенсация истерических проявлений; переход от аномального типа реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях к конструктивному с осознанным изменением отношения к переменам в семейной, производственной, микросоциальной сферах; устранение/снижение выраженности климактерических нарушений, устойчивое восстановление социального статуса); В – практическое выздоровление (восстановление клинических, нейрофизиологических, социальных параметров психического здоровья, проведение превентивных социотерапевтических вмешательств по запросу пациенток на базе отделения пограничных состояний предупреждения декомпенсации психопатологической симптоматики); С – неполное выздоровление (сохранившиеся слабо выраженные и остаточные проявления психопатологической симптоматики – эпизоды сниженного настроения, легкой ситуационной тревожности, слабо выраженных климактерических нарушений, ослабление адаптационных способностей); D – незначительное выздоровление; O – отсутствие выздоровления. Применение данной шкалы позволяло оценить терапевтические вмешательства по трем параметрам: улучшение психического состояния, снижение выраженности климактерических нарушений, восстановление социально-трудовой деятельности.



Рис. 7. Достигнутые уровни выздоровления по Шкале эффективности терапии пограничного пациента у пациенток климактерического возраста с НППР ( $p < 0,05$ )

По Шкале эффективности терапии пограничного пациента (Семке В. Я., 1979) у пациенток основной группы в сопоставлении с пациентками группы сравнения с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) наступало полное выздоровление (60,22 и 79,41 %) с восприятием женщинами климактерического возраста как физиологического, а не патологического этапа, с возвращением к социальной активности, с выбором ценностей психического здоровья, а не «ухода» в болезнь, с нивелированием аномальных форм реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях. Помимо того, у пациенток основной группы в сопоставлении с пациентками группы сравнения с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) зарегистрировано практическое выздоровление (39,78 и 20,59 %) (рис. 7). Данный уровень выздоровления характеризовался улучшением психического состояния и снижения климактерических нарушений, но с необходимостью социопсихотерапевтических мероприятий в виде консультирования по обращаемости. Такой уровень, как неполное выздоровление, в обеих группах пациенток отсутствовал. Полученные показатели по шкале В. Я. Семке идентичны таковым показателям, отражающим результативность терапии по Шкале глобального впечатления о тяжести психопатологической симптоматики и динамике психического состояния. Кроме того, они вполне согласуются с приводимыми в литературе сообщениями по эффективности терапии у пациенток с непсихотическими психическими расстройствами.

В. Г. Гут (1988) по шкале В. Я. Семке оценивал эффективность терапии НППР при доброкачественных опухолях матки и яичников: полное и практическое выздоровление – 84,4 %, неполное – 12,9 %, незначительное – 2,7 %. По результатам лечения истерического невроза у женщин (Ткаченко Н. Т., 2005): выздоровление – 77,7 %; значительное улучшение – 22,3 %. Выздоровление зарегистрировано в 89,13 % при диссоциативном расстройстве, в 65,1 % – при истерическом (Перчаткина О. Э. и др., 2004). При истериформном расстройстве на фоне органической недостаточности головного мозга выявлено: выздоровление – 31 %; практическое выздоровление – 35,7 %; неполное – 23,8 % (Обеснюк О. А., 2007). Е. В. Павлова, О. Ю. Ширяев (2004) на отдаленных этапах после гистерэктомии выявили разные тенденции в развитии психопатологической симптоматики: 1) смещение к более легким регистрам и выздоровлению; 2) утяжеление симптоматики с формированием ипохондрического и конверсионного невротических расстройств и дистимии.

По итогам раздела 5.3, посвященного оценке тяжести психопатологической симптоматики и динамике (улучшение) психического состояния в процессе терапии у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР по «Шкале глобального клинического впечатления» (CGI; Guy W., 1976), при поступлении пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) выявлена значительно выраженная психопатологическая симптоматика (64,52 и 58,82 %) и тенденция к более редкой частоте умеренно выраженной психопатологической симптоматики (35,48 и 41,18 %).

В основной группе стартовый средний показатель по CGI-S –  $4,4 \pm 0,7$  балла, в группе сравнения –  $4,2 \pm 0,4$  балла. Достоверные различия между количественными показателями тяжести психопатологической симптоматики при поступлении по CGI-S между группами, а также в зависимости от структуры НППР и типа реагирования в кризисных ситуациях в стационарной выборке женщин климактерического возраста не выявлены.

У пациенток обеих групп промежуточный средний показатель по CGI-S через 2 недели ПФТ характеризовалась равномерным снижением ( $3,6 \pm 0,4$



и  $3,6 \pm 0,2$  балла), не имеющим статистических различий. В основной группе финальный средний суммарный показатель по CGI-S через 4 недели ПФТ с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) имел более высокие значения, чем в группе сравнения ( $2,5 \pm 0,2$  и  $1,9 \pm 0,1$  балла), что служило прогностическим критерием более медленной редукции тяжести имеющегося НППР у пациенток основной группы за счет истерических проявлений.

Динамика психопатологической симптоматики у пациенток основной группы с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения, по CGI-I характеризовалась значительным улучшением (59,14 и 79,41 %), с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) существенным улучшением (40,86 и 20,59 %).

У пациенток обеих групп промежуточный показатель по CGI-I через 2 недели ПФТ характеризовался не имеющими статистических различий темпами в достижении клинического улучшения ( $2,5 \pm 1,1$  и  $2,3 \pm 0,7$  балла) с тенденцией к более высоким значениям, т. е. к менее выраженному и более медленному наступлению улучшения в основной группе. В основной группе финальный показатель по CGI-I через 4 недели ПФТ также имел тенденцию к более высоким значениям, не имеющим статистических различий с группой сравнения ( $1,7 \pm 0,6$  и  $1,2 \pm 0,4$  балла), что подтверждало менее выраженную степень улучшения и более медленный темп процесса выздоровления у пациенток основной группы в связи с отягощением НППР истерическими проявлениями.

Таким образом, у пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР по подшкалам CGI-S и CGI-I обнаружена тенденция к регистрации более худших показателей в виде более высоких значений.

По Шкале эффективности терапии пограничного пациента (Семке В. Я., 1979) у пациенток основной группы с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) наступало полное выздоровление (60,22 и 79,41 %) и с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) практическое выздоровление (39,78 и 20,59 %). Полученные показатели по шкале В. Я. Семке идентичны таковым показателям по Шкале глобального впечатления (CGI).

#### 5.4. Эффективность реабилитации по результатам катамнеза женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре непсихотических психических расстройств

С целью изучения эффективности реабилитации женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР были определены показатели удовлетворенности социальным функционированием на начало и окончание терапии. На момент поступления в отделение пограничных состояний пациентки основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) в сопоставлении с пациентками группы сравнения были «не удовлетворены» (64,52 и 58,82 %), вместе с тем они реже были «скорее не удовлетворены, чем удовлетворены» (35,48 и 41,18 %) такими параметрами, как жизнь в целом, физическая работоспособность, интеллектуальная продуктивность, семейный образ жизни, отдых, досуг, взаимоотношения с родственниками, общение с друзьями. По окончании терапии пациентки основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ), чем пациентки группы сравнения, были «скорее удовлетворены, чем не удовлетворены» (68,82 и 47,06 %), а также с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) были «удовлетворены полностью» (31,18 и 52,94 %) данными параметрами (табл. 24).

Таблица 24 – Динамика оценки социального функционирования при поступлении и по окончании терапии у пациенток климактерического возраста с НППР

Удовлетворенность социальным функционированием на начало и окончание терапии	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>При поступлении</i>						
Жизнь в целом, физическая работоспособность, интеллектуальная продуктивность, семейный образ жизни, отдых, досуг, взаимоотношения с родственниками, общение с друзьями						
Не удовлетворена	60*	64,52	20	58,82	80	62,99
Скорее не удовлетворена, чем удовлетворена	33	35,48	14	41,18	47	37,01
<i>На момент выписки</i>						
Скорее удовлетворена, чем не удовлетворена	64*	68,82	16	47,06	80	62,99
Удовлетворена полностью	29*	31,18	18	52,94	47	37,01
Итого	93	100	34	100	127	100

Примечание. \* –  $p < 0,05$ .

*Эффективность реабилитации по результатам 3-летнего катамнеза женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* Оценка эффективности комплексной психореабилитации у пациенток климактерического возраста с НППР проведена по результатам катамнестического наблюдения. Изучены клинические и социальные показатели (динамика рецидивов, изменение отношения к лечению, функционирование на работе и в семейной жизни, микросоциальное взаимодействие).

По данным катамнеза пациентки основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) в сопоставлении с группой сравнения не обращались за помощью психиатра и не поступали на лечение в течение 2 лет (73,12 и 41,18 %); в то же время с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ), чем пациентки группы сравнения, не имели повторных поступлений в отделение пограничных состояний в течение 3 лет (26,88 и 58,82 %) (табл. 25).

При повторном поступлении (через 2 и 3 года) у пациенток основной группы отмечалось более «мягкое» течение психопатологической симптоматики и отсутствие прогрессирующих климактерических нарушений. Более высокая частота обращений пациенток с истерическими проявлениями в более ранние сроки (через 2 года) частично объясняется их стремлением находиться в центре внимания как родственников, так и медперсонала, склонностью к драматизации даже нейтральных событий, не несущих психогенной отягощенности, в семье, на производстве, преувеличенному эмоциональному реагированию.

По данным катамнеза пациентки основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) в сопоставлении с пациентками группы сравнения характеризовались селективным (62,37 и 38,24 %) и с достоверной значимостью реже ( $p < 0,01$ ) партнерским (29,03 и 58,82 %) отношением к лечению. С минимальной частотой в обеих группах встречалось пассивно-подчиняемое отношение к лечению (8,6 и 2,94 %) (табл. 25). В то же время по данным катамнеза отсутствовало зафиксированное на момент поступления отношение к лечению (страх перед лечением, поиск новых способов лечения с разочарованием в них, несогласие с предлагаемым лечением).

Таблица 25 – Динамика клинических и социальных показателей по данным катамнеза у пациенток климактерического возраста с НППР

Клинические и социальные показатели по данным катамнеза	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Динамика рецидивов</b>						
Отсутствие поступлений в течение 2 лет	68*	73,12	14	41,18	82	64,57
Отсутствие поступлений в течение 3 лет	25**	26,88	20	58,82	45	35,43
<b>Отношение к лечению</b>						
Селективное	58*	62,37	13	38,24	71	55,91
Партнерское	27**	29,03	20	58,82	47	37,01
Пассивно-подчиняемое	8	8,6	1	2,94	9	7,08
<b>Функционирование на работе</b>						
Улучшилась работоспособность, но частично сохранились незначительные трудности при выполнении привычного объема работы	64*	68,82	16	47,06	80	62,99
Работает без снижения квалификации, полностью восстановлена работоспособность и устранена повышенная утомляемость, улучшились отношения с коллективом, администрацией	26*	27,95	17	50,0	43	33,86
Без изменений	3	3,23	1	2,94	4	3,15
<b>Функционирование в семье</b>						
Улучшение отношений с отдельными членами семьи, добровольное привлечение к выполнению домашних обязанностей других членов семьи	50*	53,76	11	32,35	61	48,03
Улучшение отношений со всеми членами семьи (супругом, детьми, родителями, другими родственниками); выполнение повседневных домашних обязанностей в прежнем объеме или их временное расширение	41*	44,09	22	64,71	63	49,61
Без изменений	2	2,15	1	2,94	3	2,36
<b>Социальные контакты с микросоциальным окружением</b>						
Расширение привычного круга общения, возобновление общения с друзьями, активный отдых (театр, кино, чтение, занятия спортом, хобби)	60*	64,52	14	41,18	74	58,27
Избирательное восстановление и поддержание прежних дружеских контактов, отдых и общение с членами семьи и близкими	32*	34,41	20	58,82	52	40,94
Без изменений	1	1,07	0	0,0	1	0,79
<b>Итого</b>	<b>93</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

Примечание. \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ .

Селективное отношение к лечению, преобладавшее у пациенток основной группы, характеризовалось выборочным выполнением рекомендаций врача, в основном тех, которые соответствовали их собственным ожиданиям, при игнорировании назначений, не совпадающих с их личной позицией. Партнерское отношение к лечению, в рамках которого врач и пациентка были равноправными участниками терапевтического процесса на основе сотрудничества, доверия, эмпатии и взаимной ответственности, характеризовалось последовательным соблюдением рекомендованной при выписке поддерживающей схемы лечения для успешной и длительной ремиссии.

По данным катамнеза функционирование на работе у пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) в сопоставлении с пациентками группы сравнения характеризовалось улучшением работоспособности, но с незначительными трудностями при выполнении привычного объема работы (68,82 и 47,06 %), с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) они работали без снижения квалификации, с полным восстановлением работоспособности и устранением повышенной утомляемости, улучшением отношений с коллективом, администрацией (27,95 и 50,00 %). С минимальной частотой в обеих группах функционирование на работе осталось без изменений (3,23 и 2,94 %) (табл. 25).

По данным катамнеза функционирование в семье у пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) в сопоставлении с пациентками группы сравнения характеризовались улучшением отношений с отдельными членами семьи, привлечением к выполнению домашних обязанностей других членов семьи с их добровольного согласия (53,76 и 32,35 %), с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) у них отмечалось улучшение отношений со всеми членами семьи (супругом, детьми, родителями, другими родственниками); выполнение повседневных домашних обязанностей в прежнем объеме или их временное расширение (44,09 и 64,71 %). С минимальной частотой в обеих группах функционирование в семейной сфере не имело изменений (2,15 и 2,94 %) (табл. 25).

По данным катамнеза социальные контакты с микросоциальным окружением у пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ )

в сопоставлении с пациентками группы сравнения характеризовались расширением привычного круга общения, возобновлением общения с друзьями, активным отдыхом (театр, кино, чтение, занятия спортом, хобби) (64,52 и 41,18 %), с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) у них выявлено избирательное восстановление и поддержание прежних дружеских контактов, отдых и общение с членами семьи и близкими (34,41 и 58,82 %). С минимальной частотой только в основной группе функционирование в сфере социальных контактов с микросоциальным окружением зафиксировано без изменений (1,07 и 0,0 %) (табл. 25).

По итогам раздела 5.4, посвященного эффективности реабилитации по результатам катамнеза женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР выявлено, что пациентки основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) не поступали на лечение в течение 2 лет (73,12 и 41,18 %) и с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) не имели повторных поступлений в течение 3 лет (26,88 и 58,82 %). По данным катамнеза пациентки основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) характеризовались селективным (62,37 и 38,24 %) и с достоверной значимостью реже ( $p < 0,01$ ) партнерским (29,03 и 58,82 %) отношением к лечению. С минимальной частотой в обеих группах встречалось пассивно-подчиняемое отношение к лечению (8,6 и 2,94 %). По данным катамнеза функционирование на работе у пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) характеризовались улучшением работоспособности, но с незначительными трудностями при выполнении привычного объема работы (68,82 и 47,06 %), с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) они работали без снижения квалификации, с полным восстановлением работоспособности и устранением утомляемости, улучшением отношений с коллективом, администрацией (27,95 и 50,00 %). С минимальной частотой в обеих группах функционирование на работе осталось без изменений (3,23 и 2,94 %). По данным катамнеза функционирование в семье у пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) характеризовались улучшением отношений с отдельными членами семьи, привлечением к выполнению домашних обязанностей других членов семьи с их добровольного согласия (53,76

и 32,35 %), с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) у них отмечалось улучшение отношений со всеми членами семьи; выполнение повседневных домашних обязанностей в прежнем объеме или их временное расширение (44,09 и 64,71 %). С минимальной частотой в обеих группах функционирование в семейной сфере не имело изменений (2,15 и 2,94 %). По данным катамнеза социальные контакты с микросоциальным окружением у пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) характеризовались расширением привычного круга общения, возобновлением общения с друзьями, активным отдыхом (64,52 и 41,18 %), с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) у них выявлено избирательное восстановление и поддержание прежних дружеских контактов, отдых и общение с членами семьи и близкими (34,41 и 58,82 %). С минимальной частотой только в основной группе функционирование в сфере социальных контактов с микросоциальным окружением зафиксировано без изменений (1,07 и 0,0 %).

Приводимые результаты подтверждают положительную динамику клинических и социальных показателей по данным катамнестического наблюдения в течение 3 лет, что позволяет считать разработанный и внедренный алгоритм ведения пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР в виде трех программ комплексной терапии эффективным.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование проведено на базе первого клинического психиатрического отделения клиники НИИ психического здоровья (директор – член-корреспондент РАН Н. А. Бохан; главный врач – д.м.н. В. Ф. Лебедева).

*Гипотеза исследования:* женщины с истерическими проявлениями, вступая в пре- и менопаузу, на фоне климактерических нарушений (нейровегетативных, метаболических, психоэмоциональных) умеренной и тяжелой степени выраженности обнаруживают сформированные на предшествующих жизненных этапах типы реагирования на психогенные ситуации (тревожно-депрессивный, соматоипохондрический, психопатоподобный), что приводит к усилению истерических проявлений и формированию НППР. Онтогенетический кризис климактерического возраста как преодоление закономерных возрастных преобразований совпадает с внутрисемейным, производственным, внутриличностным кризисами, которые несут психогенную отягощенность.

*Объект исследования* – 127 пациенток климактерического возраста с НППР, пролеченных лично исследователем в первом клиническом психиатрическом отделении в 2008–2012 гг.

Термины «климакс», «климактерический период», «климактерий», «климактерический возраст» употребляются в одном значении (Энциклопедический словарь медицинских терминов. – М., 1983) и обозначают этап жизни женщины с прекращением циклических изменений в эндометрии и детородной функции, с инволюцией половых органов и снижением секреции половых гормонов. По классификации ВОЗ (1980), в климактерическом возрасте выделяют пременопаузу (с 45 лет), менопаузу (с 51 года), постменопаузу (с 60 лет).

Из исследовательской выборки сформированы 2 группы: основная – 93 пациентки с истерическими проявлениями в структуре НППР,  $51,49 \pm 4,13$  года; группа сравнения – 34 пациентки без истерических проявлений,  $51,44 \pm 5,0$  года. Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту (климактерический), нозологической структуре заболевания (непсихотические психические расстройства), социально-демографической характеристике.



*Инструмент исследования* – «Базисная карта и характеристика истерических проявлений у женщин климактерического возраста с НППР», разработанная и заполнявшаяся лично исследователем.

Климактерические (менопаузальные) нарушения (нейровегетативные, метаболические, психоэмоциональные) оценивали по Опроснику Модифицированного Менопаузального Индекса (Балан В. Е. и др., 1996). В исследование вошли женщины с тяжелой и выраженной степенью нарушений.

Исследование проводилось в соответствии с этическими принципами для врачей Хельсинской декларации ВМА (2000). Форма согласия и протокол клинического исследования утверждены Локальным этическим комитетом ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (протокол № 20 от 17 декабря 2008 г.; дело № 20/3.2008).

Отбор проводили случайным методом, по мере обращения пациенток. При клиническом обследовании учитывали критерии включения и исключения.

*Критерии включения:* 1) женский пол; 2) климактерический возраст от 45 до 60 лет; 3) наличие истерических проявлений; 4) наличие диагностированного НППР; 5) умеренная и тяжелая выраженность климактерических нарушений; 6) информированное согласие пациенток на участие в исследовании.

*Критерии исключения:* 1) эндогенные расстройства; 2) зависимость от ПАВ; 3) тяжелое органическое поражение ЦНС.

*Методы:* 1) клинико-психопатологический (клиническое психиатрическое наблюдение и обследование, клинико-биографический метод); 2) психометрический с оценкой выраженности истерических проявлений (Способ диагностики диссоциативных расстройств с помощью психометрической шкалы / Б. Д. Жидких / Патент от 20.02.2003) и с оценкой тяжести психопатологической симптоматики и динамики (улучшения) психического состояния по Шкале Общего клинического впечатления (CGI) и Шкале эффективности терапии пограничного пациента (Семке В. Я., 1979); 3) психологический (определение индивидуально-психологических особенностей с помощью Стандартизированного многофакторного исследования личности (СМИЛ) (модифицированный тест ММРІ); определение тревожности и депрессии по «Госпитальной шкале тревоги и депрес-

сии» (HADS), личностной и ситуативной (реактивной) тревожности по «Шкале самооценки и оценки тревоги Спилбергера–Ханина»; 4) статистический (определение частоты признака, доказательство статистической надежности различия по частоте признака).

Дополнительно все пациентки обследовались у терапевта, невролога, офтальмолога. Инструментальные (электроэнцефалография; реоэнцефалография) и лабораторные исследования выполнены в кабинете функциональной диагностики, клинической и биохимической лабораториях НИИ психического здоровья.

На первом этапе проведено обследование и определены клинко-психопатологические, социально-демографические характеристики пациенток обеих групп до и после лечения и по данным катамнеза (до 3 лет). На втором этапе осуществлялся сравнительный анализ указанных характеристик пациенток основной группы и группы сравнения.

*Структура НППР в стационарной выборке женщин климактерического возраста* (127 чел.). По МКБ-10 у пациенток основной группы реже, чем в группе сравнения, отмечены расстройства адаптации (35,48 и 41,17 %), тревожные расстройства (27,96 и 29,41 %), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (11,83 и 14,71 %), соматоформные расстройства (10,75 и 14,71 %). В то же время только у пациенток основной группы выявлены истерическое расстройство личности (9,68 %) и диссоциативные расстройства (4,3 %) ( $p > 0,05$ ).

*Социально-демографическая характеристика женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР* показала, что такие параметры, как семейное положение, социальный статус, место жительства, образование, состав семей, отношения в семье, не обнаруживали взаимосвязи с частотой истерических проявлений в структуре НППР ( $p > 0,05$ ).

Количество состоящих в браке женщин превышало (68,82 и 73,53 %) число разведенных (15,05 и 17,65 %), вдовых (10,75 и 8,82 %) и незамужних (5,38 и 0,0 %). Работающие женщины преобладали (70,97 и 67,65 %) над находящимися на пенсии (22,58 и 20,59 %) и безработными (6,45 и 8,82 %). Проживающие

с супругом женщины зафиксированы с превышением (51,61 и 58,82 %) относительно проживающих с супругом и детьми (17,21 и 14,71 %), в одиночестве (15,05 и 17,65 %), со взрослыми детьми (16,13 и 8,82 %). По месту жительства преобладали горожанки, проживающие в Томске (50,54 и 50,0 %) или Северске (30,11 и 20,59 %), над жительницами сельской местности (19,35 и 29,41 %). Среднее (51,61 и 52,94 %) или высшее (45,16 и 47,06 %) образование имели практически все женщины в сравнении с единичными случаями начального образования (3,23 и 0,0 %). Дисгармоничные отношения (70,97 и 58,82 %) в семьях женщин встречались чаще гармоничных (13,98 и 35,29 %) или безразличных (15,05 и 5,89 %) взаимоотношений между членами семьи.

*Факторы, определяющие особенности личности в преморбиде, у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* При изучении преморбидных особенностей женщин обеих групп использован клинико-биографический метод. В преморбиде пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения по анамнестическим данным с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) отмечались типы воспитания: гиперопека (34,41 и 14,71 %), культ болезни (32,26 и 14,71 %), кумир семьи (33,33 и 14,71 %), различные формы детского невротизма: страхи (35,48 и 11,76 %;  $p < 0,01$ ), расстройства сна (33,33 и 11,76 %;  $p < 0,05$ ), нарушения речи, заикание (29,03 и 11,76 %;  $p < 0,05$ ), а в подростковом возрасте ситуативно-личностные реакции поведения: реакции эмансипации (30,11 и 11,76 %), группирования со сверстниками (23,66 и 5,88%); повышенного внимания к своей внешности (19,36 и 2,94 %).

*Психотравмирующие факторы у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* К числу психогенных факторов у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения, имеющих статистически значимую достоверность, отнесены: 1) хроническая, пролонгированная психогенная ситуация (80,65 и 58,83 %;  $p < 0,05$ ); 2) из семейных психогений – развод с мужем, измены мужа (60,22 и 38,24 %;  $p < 0,05$ ); 3) из социальных психогений – низкий уровень материальной обеспеченности (60,22

и 32,35 %;  $p < 0,01$ ), выплата денежных кредитов (38,71 и 14,71 %;  $p < 0,05$ ); 4) из производственных психогений – нежелательный выход на пенсию, увольнение, понижение в должности, неудовлетворенность зарплатой (73,12 и 44,12 %;  $p < 0,01$ ); 5) из психогений угрозы здоровью – ухудшение собственного здоровья (56,99 и 35,29 %;  $p < 0,05$ ), здоровья супруга и детей (40,86 и 17,65 %;  $p < 0,05$ ); из психогений в связи с наступлением климакса – грядущая старость, беспомощность, тяжелые болезни, инвалидизация (59,14 и 32,35 %;  $p < 0,01$ ), утрата женственности, привлекательности, сексуальности (37,63 и 17,65 %;  $p < 0,05$ ).

*Клинические признаки истерических проявлений у пациенток климактерического возраста с НППР.* Анализ клинической структуры НППР у женщин климактерического возраста показал высокую частоту встречаемости 5 ведущих симптомов истерического симптомокомплекса в основной группе пациенток с высоким уровнем достоверности различий ( $p < 0,001$ ) с группой сравнения.

*Самодраматизация, театральность, преувеличение эмоций* (94,19 и 5,81 %;  $p < 0,001$ ). Проявлялась выразительной мимикой, жестами, экспрессивностью речи, драматизация усиливалась в присутствии близких, родственников, медперсонала. Выражалась нарушениями глотания (афагия), утратой голоса (афония), прерывистым дыханием, истерической икотой, истерическим «комком», истерическим «гвоздем» и пр.

*Внушаемость, подверженность чужому влиянию* (93,65 и 6,35 %;  $p < 0,001$ ). Неосторожные высказывания медперсонала повышали агрессию (преувеличение симптомов), вызывали риск язвенных заболеваний. С внушаемостью были связаны ограничение движений частей тела (рук, ног), паралич истерического происхождения и пр.

*Поверхностность и лабильность эмоций* (91,43 и 8,57 %;  $p < 0,001$ ). Спокойное настроение легко переходило по незначительному поводу к слезливости, обидчивости или аффективной вспышке.

*Стремление к признанию, находиться в центре внимания* (94,12 и 5,88 %;  $p < 0,001$ ). Отсутствие внимания повышало внутреннее напряжение, дискомфорт, вызывало разочарование, фрустрацию.

*Озабоченность внешней привлекательностью* (94,12 и 5,88 %;  $p < 0,001$ ) подкреплялась театральностью поведения, была вызвана снижением уверенности в себе, страхом одиночества и старения, сопровождалась пессимизмом в связи с потерей привлекательности, болезненным реагированием на критические замечания по поводу своего внешнего вида.

*Типы реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР* вне зависимости от нозологической принадлежности психического расстройства сформировались задолго до наступления климактерического возраста.

*Тревожно-депрессивный тип* реагирования (73 – 57,48 %) с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще наблюдался в анамнезе у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения (63,44 и 41,18%), текущее психическое состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям расстройства адаптации (35,48 %) и тревожного расстройства (27,96 %) (в группе сравнения – соответственно 23,53 и 17,65 %). Характеризовался тревогой, депрессивной окраской мироощущения, вялостью, адинамией, дистимией, раздражительностью, слезливостью.

*Соматоипохондрический тип* реагирования (45 – 35,43 %) с достоверной значимостью ( $p < 0,01$ ) реже отмечался у пациенток основной группы, чем в группе сравнения (26,88 и 58,82 %), имевших диагнозы органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства (11,83 и 14,71 %), соматоформных (10,75 и 14,71 %) и диссоциативных (4,3 и 0,0 %) расстройств. Протекал в виде многочисленных конверсий с привлечением механизма психологической защиты «соматизация». Данный тип реагирования в группе сравнения отмечался у пациенток с диагнозами расстройства адаптации (17,65%) и тревожные расстройства (11,75 %).

*Психопатоподобный тип* реагирования отмечался только у пациенток с истерическим расстройством личности (9 – 9,68 %) и выражался в виде дисфории, бурного неадекватного реагирования даже на незначительную психогению.

Таким образом, выявленные типы реагирования не обнаруживали достоверных взаимосвязей с определенными видами расстройств у пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР, но были отмечены взаимосвязи личностных особенностей женщин и преобладающих у них типов реагирования на психогении. Так, женщины с застревающими чертами личности имели склонность к тревожно-депрессивному типу реагирования; с эпилептоидными чертами – к соматоипохондрическому; наличие импульсивности и возбудимого радикала реализовывалось в виде психопатоподобного типа реагирования.

*Взаимосвязь истерических проявлений в структуре НППР у женщин климактерического возраста с характером климактерических нарушений.* Изучение этапности климактерического возраста выявило имевшее достоверную значимость усиление истерических проявлений и формирование НППР чаще в пременопаузе (72,04 и 50,0 %;  $p < 0,05$ ), чем в мено- (13,98 и 26,47 %) и постменопаузе (13,98 и 23,53 %). Начавшиеся в пременопаузе гормональные изменения ассоциированы со снижением психомоторного тонуса и способности управлять эмоциями, с тревогой, ипохондрией, утомляемостью, возбудимостью.

*Оценка течения климакса у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР* опиралась на информативно значимый признак – уровень климактерических нарушений по Опроснику Модифицированного Менопаузального Индекса (ММИ) (Балан В. Е. и др., 1996) – с выделением симптомов нейровегетативных, метаболических (обменно-эндокринных), психоэмоциональных нарушений, характеризовавшихся умеренной и тяжелой степенью выраженности.

Умеренно выраженные нейровегетативные нарушения имели тенденцию к встречаемости только в основной группе у пациенток с истерическим расстройством личности и диссоциативными расстройствами (9,68 и 4,3%); тяжело выраженные нейровегетативные нарушения – в обеих группах у пациенток с соматоформными расстройствами (10,75 и 14,71 %). Умеренно выраженные метаболические нарушения – в обеих группах у пациенток с органическим

эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (11,83 и 14,71 %). Тяжело выраженные психоэмоциональные нарушения – в обеих группах у пациенток с расстройствами адаптации (35,48 и 41,17 %) и тревожными расстройствами (27,96 и 29,41 %).

Изучение этапности формирования НППР в континууме «реакция – состояние – развитие» показало, что в основной группе с достоверной значимостью ( $p < 0,001$ ) чаще, чем в группе сравнения, наблюдался этап *развитие* психопатологической симптоматики на фоне длительной (более 2 лет) психотравмирующей ситуации (78,49 и 32,35 %), с достоверной значимостью ( $p < 0,001$ ) реже – преходящая (до 6 месяцев) *реакция* (1,08 и 52,94 %). У пациенток основной группы выявлена тенденция к более частой встречаемости такого этапа, как *состояние* (до 2 лет) – 20,43 и 14,71 % ( $p > 0,05$ ).

*Отягощенность акушерско-гинекологического анамнеза у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* В анамнезе пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще отмечались женские болезни, вызванные гормональными изменениями (миома матки, поликистоз яичников, нарушения менструального цикла, аменорея, альгодисменорея, дисфункциональные маточные кровотечения), нейроэндокринный синдром (53,76 и 32,35 %). В то же время у пациенток основной группы выявлена тенденция к более редкой встречаемости воспалительных заболеваний (вагинит, вульвит, цервицит, аднексит, эндометрит, воспаление придатков матки, кандидоз) и передаваемых половым путем (27,97 и 38,24 %), а также заболеваний дистрофического или гиперпластического характера (опухоли, кисты и новообразования) (18,27 и 29,41 %).

*Взаимосвязь истерических проявлений в структуре НППР у женщин климактерического возраста с профилем личности.* Индивидуально-психологические особенности пациенток оценивали методом Стандартизированного многофакторного исследования личности (СМИЛ) (модификация ММРІ) в период пребывания в отделении пограничных состояний.

У пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще выявлены повышенные значения по шкалам «Эмоциональной лабильности/истерии» (52,69 и 32,35 %), «Тревоги/ психастении» (24,73 и 8,83 %). Вместе с тем отмечена тенденция к меньшей частоте высоких показателей по шкалам «Невротического сверхконтроля/ипохондри» (12,90 и 29,41 %) и «Аффективной ригидности/паранойи» (9,68 и 29,41 %). Т. е. у пациенток основной группы преобладали истерический и тревожный профили личности с подъемом по шкалам истерии ( $72,1 \pm 3,4$ ) и тревоги ( $75,5 \pm 0,9$ ), у пациенток группы сравнения – ипохондрический и ригидный профили личности.

*Уровни тревоги и депрессии у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР* определялись по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» (HADS) в период нахождения пациенток на лечении в стационаре. В основной группе пациенток при сопоставлении с группой сравнения по HADS с достоверной значимостью ( $p < 0,001$ ) чаще обнаружены субклинически выраженные уровни тревоги (78,49 и 47,06 %) и депрессии (39,78 и 23,53 %). В то же время наблюдалась тенденция к более редкой частоте нормативных значений тревоги (11,83 и 23,53 %), депрессии (60,22 и 76,47 %), клинически выраженной тревоги (9,68 и 29,41 %) и отсутствию в обеих группах состояния клинически выраженной депрессии.

*Уровни личностной и ситуативной (реактивной) тревожности у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР* исследованы по «Шкале самооценки и оценки тревоги Спилбергера–Ханина». У пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще отмечались умеренная личностная тревожность (54,84 и 32,35 %), умеренная (41,94 и 20,59 %) и выраженная (54,84 и 32,35 %) ситуативная (реактивная) тревожность. Кроме того, в основной группе имелась тенденция к реже встречающейся низкой личностной (10,75 и 26,47 %) и ситуативной (реактивной) (3,23 и 47,06 %) тревожности.



*Психосоматические заболевания у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* По данным анамнеза в основной группе при сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще имела место коморбидность с заболеваниями ЖКТ (гастрит, гастродуоденит, синдром раздраженного кишечника) (35,48 и 14,71 %), артериальной гипертонией (24,73 и 8,82 %), бронхиальной астмой (21,51 и 5,88 %). В то же время отмечалась тенденция к более редкой частоте ЯБ желудка и 12-перстной кишки, язвенного колита (10,75 и 35,29 %), сахарного диабета, гипертиреоза (3,23 и 17,65 %) и ревматоидного артрита (4,30 и 17,65 %).

*Обращение за медицинской помощью пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* Активное обращение к врачам поликлиник, ЛПУ, скорой помощи, центров здоровья из-за ухудшения состояния психического и соматического здоровья у пациенток основной группы с достоверной значимостью ( $p < 0,01$ ) наблюдалось с более высокой частотой, чем в группе сравнения (50,54 и 23,53 %). В то же время пассивное обращение по настоянию родственников с достоверной значимостью ( $p < 0,01$ ) встречалось реже (49,46 и 76,47 %).

*Субъективно значимые факторы как предиспозиционные корреляты терапии женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* Выявленные 5 основных коррелятов, определенных на момент поступления в отделение пограничных состояний, учитывались при разработке индивидуальных терапевтических программ (табл. 4).

*Мотивация на лечение пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* У пациенток основной группы в отличие от пациенток группы сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще встречались (64,52 и 58,82 %) неадекватная, отрицательная мотивация на лечение, установка на «вторичную» выгоду от болезни. Вместе с тем выявлена тенденция к более редкой частоте адекватной, положительной мотивации на достижение симптоматического улучшения (35,48 и 41,18 %).

*Отношение к заболеванию пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* У пациенток основной группы при сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще отмечались страх перед лечением и осложнениями (32,26 и 17,65 %), поиск новых способов лечения и разочарование в них (31,18 и 17,65 %), несогласие с предлагаемым врачом лечением (27,96 и 14,71 %). В то же время выявлена тенденция к более редкой встречаемости стремления любым способом избавиться от болезни (4,30 и 29,41 %), уверенности в успехе лечения (4,30 и 20,58 %).

*Отношение к врачам у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* В основной группе пациенток при сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) с более высокой частотой наблюдались стремление к вниманию врача (26,88 и 14,70 %), недоверие к врачам (25,81 и 11,77 %). На уровне тенденции реже отмечены обращение к врачам разного профиля из-за неуверенности в выздоровлении (24,73 и 29,41 %), уважение и доверие к медработникам (22,58 и 44,12 %).

*Отношение к членам семьи у пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* Пациентки основной группы при сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще безразлично относились к близким (25,81 и 11,77 %) либо характеризовались тенденцией к обвинению родственников в непонимании тяжести своего состояния (23,66 и 11,77 %). В то же время на уровне тенденции реже стремились скрыть от близких болезнь (21,51 и 26,47 %), с тревогой ожидали трудности и невзгоды из-за болезни (15,05 и 26,47 %), опасались стать в тягость близким (13,97 и 23,52 %).

*Отношение к будущему пациенток климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* Пациентки основной группы при сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще переживали из-за будущего с болезнями, бесперспективностью (30,11 и 17,64 %) и стремились найти виновника болезни (27,96 и 14,71 %). Вместе с тем на уровне тенденции они реже верили в улучшение здоровья в связи с лечением (21,50

и 26,47 %), реже считали, что болезнь не отразится на будущем (11,83 и 20,59 %), реже относились к будущему с безразличием (8,60 и 20,59 %).

*Этапы и программы комплексной терапии у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* При нейрометаболической терапии на стационарном этапе в основной группе в сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) использовали ноотропы, актопротекторы и седативные растительные средства (68,82 и 47,06 %) и с достоверной значимостью реже ( $p < 0,001$ ) – ноотропы, актопротекторы и активирующие растительные средства (31,18 и 52,94 %). В 100 % случаев назначали витаминные комплексы. Эффективность терапии повышали физиотерапия, лечебные массаж и физкультура.

Базовая психофармакотерапия на стационарном этапе в 100 % случаев была сочетанной. Пациенткам основной группы в сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) назначали антидепрессанты-седатики, транквилизаторы-анксиолитики и «дневные» транквилизаторы (64,52 и 41,18 %) и с высоким уровнем достоверности различий ( $p < 0,001$ ) реже – антидепрессанты сбалансированного действия, транквилизаторы-анксиолитики и «дневные» транквилизаторы (29,03 и 55,88 %), а также выявлена тенденция к более редкому назначению антидепрессантов активирующего действия и нейролептиков – 6,45 и 2,94 % ( $p > 0,05$ ). Суточные дозы препаратов подбирали индивидуально, с учетом ведущей психопатологической симптоматики, сопутствующей психосоматической и соматической патологии.

*Первая программа* – пациенткам обеих групп с расстройствами адаптации (35,48 и 23,53 %) и тревожными расстройствами (27,96 и 17,65 %), с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще пациенткам основной группы с тревожно-депрессивным типом реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях (63,44 и 41,18 %). Назначались трициклические антидепрессанты, СИОЗС, транквилизаторы с седативным и противотревожным эффектами.

*Вторая программа* – пациенткам обеих групп с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (11,83 и 14,71 %) и сомато-

формными расстройствами (10,75 и 14,71 %), пациенткам основной группы с диссоциативными расстройствами (4,3 %), пациенткам группы сравнения с расстройствами адаптации (17,65 %) и тревожными расстройствами (11,75 %), с достоверной значимостью реже ( $p < 0,01$ ) пациенткам основной группы в сопоставлении с группой сравнения с соматоипохондрическим типом реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях (26,88 и 58,82 %). Назначали транквилизаторы-анксиолитики и СИОЗС с активирующим, психоэнергизирующим, антидепрессивным и транквилизирующим действием.

*Третья программа* – пациенткам основной группы с истерическим расстройством личности (9,68 %) и психопатоподобным типом реагирования в кризисных ситуациях. Назначались антидепрессанты, нейролептики и корректоры поведения для устранения нейровегетативных и сенестопатических нарушений, снятия дисфорической напряженности, взрывчатости, повышенной эмоциональной возбудимости.

На стационарном этапе у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) использовали индивидуальную (34,41 и 11,77 %) и семейную (22,58 и 5,88 %) формы психотерапии, групповую на уровне тенденции применяли реже (7,53 и 47,06 %), длительностью по 45—60 минут, 4—5 раз в неделю. В основной группе с высоким уровнем достоверности различий ( $p < 0,001$ ) с группой сравнения чаще применяли недирективный подход психотерапии (50,54 и 23,53 %) и с высоким уровнем достоверности различий ( $p < 0,001$ ) реже – директивный (49,46 и 76,47 %). Основным методом психотерапии в основной группе в сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще была суггестивная психотерапия (68,82 и 47,06 %), рациональная психотерапия проводилась с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) реже (31,18 и 52,94 %).

3—10 и 11—20 сеансов психотерапии с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) прошли пациентки основной группы в сопоставлении с группой сравнения с расстройствами адаптации (48,49 и 14,29 %; 24,24 и 7,14 %), тревожными расстройствами (53,85 и 10,0 %; 26,92 и 10,0 %), органическим эмоцио-

нально лабильным (астеническим) расстройством (54,55 и 40,0 %), соматоформными расстройствами (50,00 и 20,00 %). В основной группе в сопоставлении с группой сравнения имелась тенденция к более редкому участию в 21–30 сеансах у пациенток с расстройствами адаптации (27,27 и 78,57 %), тревожными расстройствами (19,23 и 80,0 %), органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (27,27 и 40,00 %), соматоформными расстройствами (20,00 и 40,00 %). Пациентки основной группы с истерическим расстройством личности и диссоциативными расстройствами участвовали в 3–10 (55,56 и 25,00 %) и 11–20 сеансах (44,44 и 75,0 %).

*Тяжесть психопатологической симптоматики и динамику (улучшение) психического состояния в процессе терапии у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР определяли по «Шкале глобального клинического впечатления» (CGI; Guy W., 1976). Тяжесть психопатологической симптоматики по подшкале CGI-S и динамику психопатологической симптоматики по подшкале CGI-I в процессе терапии оценивали при поступлении, через 2 и 4 недели терапии.*

На стационарном этапе на момент поступления у пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения, отмечалась значительно выраженная психопатологическая симптоматика (64,52 и 58,82 %), в то же время в основной группе наблюдалась тенденция к более редкой встречаемости умеренно выраженной психопатологической симптоматики (35,48 и 41,18 %).

В соответствии со шкалой CGI определены средние показатели: стартовый (при поступлении), промежуточный (через 2 недели терапии), финальный (через 4 недели терапии).

В основной группе стартовый средний показатель по подшкале CGI-S составил  $4,4 \pm 0,7$  балла, в группе сравнения –  $4,2 \pm 0,4$  балла. Достоверные различия между количественными показателями степени тяжести психопатологической симптоматики при поступлении по CGI-S между основной и группой сравнения, а также в зависимости от структуры НППР и типа реагирования

в кризисных ситуациях в стационарной выборке женщин климактерического возраста не были выявлены.

У пациенток основной группы и группы сравнения промежуточный средний показатель по подшкале CGI-S через 2 недели базовой ПФТ характеризовалась равномерным снижением ( $3,6 \pm 0,4$  и  $3,6 \pm 0,2$  балла), не имеющим статистических различий. В основной группе финальный средний суммарный показатель по CGI-S через 4 недели базовой ПФТ с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) имел более высокие значения относительно такового показателя в группе сравнения ( $2,5 \pm 0,2$  и  $1,9 \pm 0,1$  балла), что служило прогностическим критерием более медленной редукции тяжести имеющегося НППР у пациенток основной группы за счет истерических проявлений.

Динамика психопатологической симптоматики в результате комплексной индивидуально-дифференцированной терапии у пациенток основной группы с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) в сопоставлении с группой сравнения по подшкале CGI-I характеризовалась значительным улучшением (59,14 и 79,41 %), с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) наблюдалось существенное улучшение (40,86 и 20,59 %).

У пациенток основной группы и группы сравнения промежуточный средний суммарный показатель по подшкале CGI-I через 2 недели базовой ПФТ характеризовался не имеющими статистических различий темпами в достижении клинического улучшения ( $2,5 \pm 1,1$  и  $2,3 \pm 0,7$  балла) с тенденцией к более высоким значениям, т. е. к менее выраженному и более медленному наступлению улучшения в основной группе. Кроме того, в основной группе финальный средний суммарный показатель по CGI-I через 4 недели базовой ПФТ также имел тенденцию к более высоким значениям, не имеющим статистических различий с группой сравнения ( $1,7 \pm 0,6$  и  $1,2 \pm 0,4$  балла), что подтверждало менее выраженную степень улучшения и более медленный темп процесса выздоровления у пациенток основной группы в связи с отягощением НППР истерическими проявлениями.

Таким образом, у пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР по подшкалам CGI-S и CGI-I обнаружена тенденция к регистрации более худших показателей (более высокие значения).

Как дополнительный инструмент исследования результативности терапии применяли 5-уровневую Шкалу эффективности терапии пограничного пациента (Семке В. Я., 1979): А – полное выздоровление; В – практическое; С – неполное; D – незначительное; О – отсутствие выздоровления. По данной шкале у пациенток основной группы в сопоставлении с группой сравнения с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) зарегистрировано полное (60,22 и 79,41 %) и с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ) практическое (39,78 и 20,59 %) выздоровление. Неполное выздоровление в обеих группах отсутствовало. Полученные показатели по шкале В. Я. Семке идентичны таковым показателям, отражающим результативность терапии по шкале CGI.

*Эффективность реабилитации по результатам катамнеза женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР.* Пациентки основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения, не обращались за помощью психиатра и не поступали на лечение в течение 2 лет (73,12 и 41,18 %) и с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) не имели поступлений в отделение пограничных состояний в течение 3 лет (26,88 и 58,82 %).

Пациентки основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения, характеризовались селективным отношением к лечению – выполнением рекомендаций врача, соответствовавших их ожиданиям, при игнорировании не совпадающих с их личной позицией (62,37 и 38,24 %), и с достоверной значимостью реже ( $p < 0,01$ ) партнерским (29,03 и 58,82 %) отношением к лечению. С минимальной частотой в обеих группах встречалось пассивно-подчиняемое отношение (8,6 и 2,94 %) и отсутствовало зафиксированное при поступлении отношение к лечению (страх перед лечением, поиск новых способов лечения с разочарованием в них, несогласие с предлагаемым лечением).

Функционирование на работе пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения, характеризовалось улучшением работоспособности, но с незначительными трудностями при выполнении привычного объема работы (68,82 и 47,06 %), с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) они работали без снижения квалификации, с полным восстановлением работоспособности и устранением повышенной утомляемости, улучшением отношений с коллективом, администрацией (27,95 и 50,00 %). С минимальной частотой в обеих группах функционирование на работе осталось без изменений (3,23 и 2,94 %).

Функционирование в семье пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения, характеризовалось улучшением отношений с отдельными членами семьи, привлечением к выполнению домашних обязанностей других членов семьи с их согласия (53,76 и 32,35 %), с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) у них отмечалось улучшение отношений со всеми членами семьи; выполнение домашних обязанностей в прежнем объеме или их временное расширение (44,09 и 64,71 %). С минимальной частотой в обеих группах функционирование в семейной сфере не имело изменений (2,15 и 2,94 %).

Социальные контакты с микросоциальным окружением у пациенток основной группы с достоверной значимостью чаще ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения, характеризовались расширением привычного круга общения, возобновлением общения с друзьями, активным отдыхом (театр, кино, чтение, занятия спортом, хобби) (64,52 и 41,18 %), с достоверной значимостью реже ( $p < 0,05$ ) у них выявлено избирательное восстановление и поддержание прежних дружеских контактов, отдых и общение с членами семьи и близкими (34,41 и 58,82 %). С минимальной частотой только в основной группе функционирование в сфере социальных контактов с микросоциальным окружением зафиксировано без изменений (1,07 и 0,00 %).



## ВЫВОДЫ

1. Изучение стационарной выборки женщин климактерического возраста (127 человек) позволило определить нозологическую структуру непсихотических психических расстройств в основной группе: расстройства адаптации и тревожные расстройства были преобладающими, их доля составила 35,48 и 27,96 % соответственно; реже встречались органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (11,83 %); соматоформные расстройства (10,75 %); истерическое расстройство личности (9,68 %); диссоциативные расстройства (4,3 %).

2. В менопаузе с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) в сопоставлении с группой сравнения у 72,04 % женщин основной группы выявлено наличие истерических проявлений в структуре непсихотических психических расстройств и в равном количестве случаев – в менопаузе и постменопаузе (по 13,98 %). В 100 % случаев истерическая симптоматика разной степени выраженности наблюдалась у данной когорты пациенток в пубертате с нивелировкой истерических проявлений в репродуктивном возрасте и с последующим усилением с началом климактерического периода.

3. Анализ клинической структуры непсихотических психических расстройств у женщин климактерического возраста показал высокую частоту встречаемости 5 ведущих симптомов истерического симптомокомплекса в основной группе: самодраматизация, театральность, преувеличение эмоций (94,19 %); внушаемость, подверженность влиянию окружающих или обстоятельств (93,65 %); поверхностность, лабильность эмоций (91,43 %); стремление к признанию, быть в центре внимания (94,12 %); озабоченность внешней привлекательностью (94,12 %) с высоким уровнем достоверности различий ( $p < 0,001$ ) с группой сравнения.

4. У женщин климактерического возраста, имеющих в структуре НППР истерические проявления, вне зависимости от нозологической принадлежности, установлены три типа реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях: тревожно-депрессивный (63,44 %;  $p < 0,05$ ), соматоипохондрический (26,88 %;

$p < 0,01$ ), психопатоподобный (9,68 %), сформировавшиеся задолго до наступления климакса.

5. У женщин с истерическими проявлениями в структуре НППР с достоверной значимостью ( $p < 0,05$ ) чаще при сопоставлении с группой сравнения из числа субъективно значимых психогений выявлены *социально-психологические факторы*: воспитание по типу гиперопеки (34,41 %), культа болезни (32,26 %), кумира семьи (33,33 %); ситуативно-личностные реакции – эмансипации (30,11 %); группирования (23,66 %); повышенного внимания к своей внешности (19,36 %); *конституционально-биологические факторы* – разные формы детского невротизма: детские страхи (35,48 %), расстройства сна (33,33 %), нарушения речи, заикание (29,03 %).

6. Обнаружены психотравмирующие факторы, способствующие усилению или появлению истерической симптоматики в структуре НППР у женщин климактерического возраста, имеющие достоверную значимость при сопоставлении с группой сравнения: *семейные* (развод) – 60,22 % ( $p < 0,05$ ); *социальные*, в том числе низкая обеспеченность – 60,22 % ( $p < 0,01$ ) и выплата кредитов – 38,71 % ( $p < 0,05$ ); *производственные* (нежелательный выход на пенсию, увольнение, понижение в должности) – 73,12 % ( $p < 0,01$ ); угроза здоровью, в том числе собственного здоровья – 56,99 % ( $p < 0,05$ ), здоровья супруга и детей – 40,86 % ( $p < 0,05$ ). Данные жизненные события у 80,65 % ( $p < 0,05$ ) женщин основной группы имели пролонгированный характер и были окрашены переживаниями грядущей старости, беспомощности, тяжелыми болезнями, инвалидизацией (59,14 %;  $p < 0,01$ ), утратой привлекательности, сексуальности (37,63 %;  $p < 0,05$ ).

7. Разработаны комплексные дифференцированные лечебно-реабилитационные программы для стационарной базовой ПФТ пациенток с истерическими проявлениями в структуре НППР. Показано назначение (имеющее достоверную значимость при сопоставлении с группой сравнения) антидепрессантов седативного действия, транквилизаторов анксиолитического действия, «дневных» транквилизаторов – 64,52 % ( $p < 0,05$ ), нежели антидепрессантов сбалансирован-

ного действия в сочетании с транквилизаторами (29,03 %;  $p < 0,001$ ). Высокую эффективность имела индивидуальная (34,41 %;  $p < 0,05$ ) и семейная (22,58 %;  $p < 0,05$ ) формы психотерапии, недирективный подход (50,54 %;  $p < 0,001$ ), суггестивный метод (68,82 %;  $p < 0,05$ ).

8. Определена эффективность терапии у женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР. С достоверной значимостью значений при сопоставлении с группой сравнения по «Шкале глобального клинического впечатления» выявлено значительное (59,14 %;  $p < 0,05$ ) и существенное (40,86 %;  $p < 0,05$ ) улучшение; по Шкале эффективности терапии пограничного пациента (Семке В. Я., 1979) – полное (60,22 %;  $p < 0,05$ ) и практическое (39,78 %;  $p < 0,05$ ) выздоровление.

9. Изучение эффективности реабилитации по результатам 3-летнего катамнеза женщин климактерического возраста с истерическими проявлениями в структуре НППР показало, что с достоверной значимостью значений при сопоставлении с группой сравнения не выявлено обращений за помощью психиатра и поступлений на лечение в течение 2 и 3 лет (73,12 и 26,88 %;  $p < 0,05$ ); отмечалось селективное (62,37 %;  $p < 0,05$ ) и партнерское (29,03 %;  $p < 0,01$ ) отношение к лечению, что позволило достичь улучшения в различных сферах жизни, имеющего достоверную значимость ( $p < 0,05$ ) при сопоставлении с группой сравнения: 1) *на работе* – улучшение (68,82 %) и полное восстановление (27,95 %) работоспособности; 2) *в семье* – улучшение отношений как с отдельными (53,76 %), так и со всеми (27,95 %) членами семьи; 3) *с микросоциальным окружением* – расширение привычного круга общения (64,52 %) и избирательное восстановление дружеских контактов (34,41 %).

## Список использованной литературы

1. Абдулкадырова, М. Н. Оптимизация лечения климактерического синдрома: автореф. дис. ... к.м.н. / М. Н. Абдулкадырова. – М., 2003. – 24 с.
2. Аведисова, А. С. Общие закономерности и индивидуальные различия в действии психотропных препаратов / А. С. Аведисова // Рос. психиатр. журн. – 2004. – № 4. – С. 52—56.
3. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 300 с.
4. Александровский, Ю. А. Страницы истории Российского общества психиатров (съезды, национальные конгрессы и конференции) / Ю. А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 144 с.
5. Алексеева, А. Е. Истериформные резидуально-органические и истерические расстройства у детей / А. Е. Алексеева, И. В. Макаров // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. – 2011. – № 4.
6. Антонова, А. А. Современный взгляд на проблему развития психических расстройств у женщин в перименопаузе (обзор) / А. А. Антонова, Е. В. Бачило, Ю. Б. Барыльник // Саратовский научно-мед. журн. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 379—383.
7. Арру-Ревиди, Ж. Истерия / Ж. Арру-Ревиди. – М.: АСТ, 2006. – 159 с.
8. Арсененко, Л. Д. Психические расстройства при хронических вирусных инфекциях (клинико-патогенетические и реабилитационные аспекты) : автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 2008. – 46 с.
9. Атаханова, Л. Э. Изучение эффективности милдроната у больных климактерической кардиопатией / Л. Э. Атаханова // XI Рос. нац. конгр. «Человек и лекарство». – М., 2004. – С. 69.
10. Балабанова, В. В. Лечение женщин с психическими нарушениями, обусловленными гипофункцией яичников различного генеза: автореф. дис. ... к.м.н. / В. В. Балабанова. – М., 1992.
11. Балан, В. Е. Психиатрический аспект климактерического синдрома. Клиника и лечение / В. Е. Балан, Н. А. Тювина, В. В. Балабанова // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 3. – С. 19—21.
12. Балан, В. Е. Эпидемиология климактерического периода в условиях большого города / В. Е. Балан // Акушерство и гинекология. – 1997. – № 3. – С. 13—16.
13. Батулин, К. А. Соматические проявления при инволюционной истерии / К. А. Батулин, Т. П. Яньшина, А. П. Троснова, А. В. Добровольский // Психические расстройства в общей медицине. – 2006. – № 1. – С. 23—27.
14. Белозерова, С. А. Повышение эффективности заместительной гормонотерапии климактерического синдрома у женщин с заболеваниями щитовидной железы: дис. ... к.м.н. – Барнаул, 2005. – 134 с.

- 15.Белокрылова, М. Ф. Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы (клинические, социально-психологические и реабилитационные аспекты): автореф. дис. ... д.м.н. / М. Ф. Белокрылова. – Томск, 2000. – 42 с.
- 16.Березанцев, А. Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства / А. Ю. Березанцев. – М.: «Информационные технологии», 2001. – 96 с.
- 17.Бобров, А. Е. Влияние препарата Атаракс на когнитивные функции при лечении тревожных расстройств / А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина, М. А. Белянчикова и др. // Нервные болезни. – 2005. – № 3. – С. 30—34.
- 18.Большакова, О. И. Гипертоническая болезнь у женщин в постменопаузе. Генетические и патогенетические аспекты, антигипертензивная и заместительная гормональная терапия: автореф. дис. ... д.м.н. / О. И. Большакова.– СПб., 2005. – 35 с.
- 19.Бондарчук, Е. Ю. Клинико-иммунологические и терапевтические аспекты невращения в зрелом возрасте: автореф. дис. ... к.м.н. / Е. Ю. Бондарчук. – Челябинск, 2004.
- 20.Бордунова, Д. В. Психоэмоциональное состояние женщин с климактерическим синдромом / Д. В. Бордунова // Бюл. мед. интернет-конференций. – 2014. – Т. 4, № 4. – С. 379.
- 21.Бородкина, О. Д. Пограничные нервно-психические расстройства у больных с ВИЧ-инфекцией на латентной стадии заболевания: дис. ... к.м.н / О. Д. Бородкина. – Томск, 2005. – 181 с.
- 22.Бохан, Н. А. Распространенность психических расстройств среди населения сельского муниципального образования Севера Сибири: основные тенденции и прогноз / Н. А. Бохан, А. И. Мандель, В. Н. Кузнецов // Соц. и клин. психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 4. – С. 40—46.
- 23.Будза, В. Г. Неврозы позднего возраста / В. Г. Будза, Е. Ю. Антохин. – Оренбург: Изд. ОрГМА, 2011. – 284 с.
- 24.Бумке О. Современные течения в психиатрии (Лекции 1924-1926) / О. Бумке. – М., 1929.
- 25.Буренина, Н. И. Некоторые аспекты психопатологии телесных фантазий, формирующихся в рамках расстройств истерического круга / Н. И. Буренина // Соц. и клин. психиатрия. – 1997. – Вып. 1. – С. 19—18.
- 26.Бычкова, А. С. Клинические особенности, динамика и лечение депрессивных расстройств в периоде перименопаузы: дис ... к.м.н. / А. С. Бычкова. – М., 2009. – 161 с.
- 27.Виноградова, М. Г. Смысловая регуляция познавательной деятельности при истерическом расстройстве личности: дис. ... к.п.н. / М. Г. Виноградова. – М., 2004. – 192 с.

28. Вихляева, Е. М. Климактерический синдром / Е. М. Вихляева // Руководство по эндокринной гинекологии / под ред. Е. М. Вихляевой. – М.: Мед. информ. агентство, 1998. – С. 603—650.
29. Вихляева, Е. М. (ред.) Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 784 с.
30. Волель, Б. А. Инволюционная истерия в рамках динамики расстройств личности / Б. А. Волель, Т. П. Яньшина // Журн. неврологии и психиатрии. – 2004. – Вып. 11. – С. 47—54.
31. Волель, Б. А. Затяжные ипохондрические состояния в рамках шизотипического расстройства и истерического расстройства личности / Б. А. Волель // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 118.
32. Волель, Б. А. Инволюционная истерия: аспекты клиники, психосоматические корреляции, терапия / Б. А. Волель // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 50—54.
33. Волель, Б. А. Небредовая ипохондрия (обзор литературы) / Б. А. Волель // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 2. – С. 49—63.
34. Волошин, П. В. Роль биологических и социально-психологических факторов в происхождении истерического невроза / П. В. Волошин, Т. М. Воробьева, В. И. Сухоруков // Журн. неврологии и психиатрии. – 1990. – Т. 90, вып. 5. – С. 59—64.
35. Гависова, А. А. Климактерический синдром: особенности терапии психоэмоциональных нарушений / А. А. Гависова, М. А. Твердикова, А. А. Балущкина // Рус. мед журн. – 2009. – Т. 17, № 20.
36. Гаврилова, Е. И. Особенности нарушений сердечного ритма и проводимости у женщин с патологией внутренних органов в климактерическом периоде: автореф. дис. ... к.м.н. / Е. И. Гаврилова. – Екатеринбург, 2011. – 21 с.
37. Гайворонская, Е. Б. Возрастные психосоматические кризисы как элементы возрастной психосоматики / Е. Б. Гайворонская, Л. А. Шалиткина // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья (сетевое электронное издание). – 2010. – № 39.
38. Гейер, Т. А. К постановке вопроса об «инволюционной истерии» / Т. А. Гейер // Тр. психиатр. клин. I Моск. ун-та. – М., 1927. – Вып. 2. – С. 45—51.
39. Гилева, В. В. Механизмы формирования полиморбидности у женщин пожилого возраста: дис. ... к.м.н. / В. В. Гилева. – СПб., 2009. – 117 с.
40. Гиляровский, В. А. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов. – 4-е изд., испр. и доп. / В. А. Гиляровский. – М.: Медгиз, 1954. – 520 с.
41. Гиндикин, В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства / В. Я. Гиндикин. – М.: Триада-Х, 2000. – 255 с.

42. Гирина, О. Н. Применение дневного транквилизатора «Адаптол» в комплексной терапии пациентов высокого кардиоваскулярного риска / О. Н. Гирина, Н. А. Скаржевская // Укр. терапевт. журн. – 2010. – № 1. – С.125—130.
43. Глущенко, Т. Э. Непсихотические психические расстройства у больных ишемической болезнью сердца, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования (клин., социально-психол, реабил. асп. и качество жизни): автореф. дис. ... к.м.н. / Т. Э. Глущенко. – Томск, 2007. – 25 с.
44. Голубев, В. Л. Психологические установки пациента и переживание боли. Обзор / В. Л. Голубев, А. Б. Данилов // Здоров'я України : мед. газета. – 2010. – № 3. – С. 26—27.
45. Гостищева, С. Б. Фармакоэпидемиологические аспекты лекарственной терапии психически больных инволюционного, пожилого и старческого возраста: дис. ... к.м.н. / С. Б. Гостищева. – М., 2005. – 156 с.
46. Гращенков, Н. И. Справочник невропатолога и психиатра / Н. И. Гращенков, А. В. Снежневский. – М.: Медицина, 1965. – 584 с.
47. Грищенко, О. В. Комплексная фитотерапия климактерического синдрома / О. В. Грищенко, А. В. Сторчак, Т. А. Струк // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 69.
48. Гурова, З. Г. Пути совершенствования медико-социальной помощи женщинам перименопаузального возраста: автореф. дис. ... к.м.н. / З. Г. Гурова. – М., 2006. – 130 с.
49. Гурьева, В. А. Психопатология подросткового возраста / В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин. – Томск: Изд-во ТГУ, 1994. – 310 с.
50. Гут, В. Г. Нервно-психические расстройства при доброкачественных опухолях матки и яичников: автореф. дис. ... к.м.н. / В. Г. Гут. – Томск, 1988. – 23 с.
51. Гуткевич, Е. В. Психофизиологические особенности истерических расстройств / Е. В. Гуткевич, В. Я. Семке, О. Э. Перчаткина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 4. – С. 17—21.
52. Джонова, Б. Ю. Оптимизация диагностики, профилактики и лечения климактерических расстройств в перименопаузе: дис ... к.м.н. / Б. Ю. Джонова. – Душанбе, 2006.
53. Дзеружинская, Н. А. Климактерические маски аффективных расстройств у женщин пожилого возраста / Н. А. Дзеружинская // Рос. психiatr. журн. – 2002. – № 6. – С. 8—10.
54. Дикевич, Е. А. Применение препаратов растительного происхождения при лечении соматоформных расстройств / Е. А. Дикевич, Д. М. Иванова // РМЖ. – 2008. – № 26. – С. 1801—1804.
55. Дильман, В. М. Эндокринологическая онкология / В. М. Дильман. – Л.: Медицина, 1983. – 407 с.

56. Дмитриева, Т. Б. Лечение реактивных депрессий у женщин в период климакса / Т. Б. Дмитриева, М. А. Качаева // Рос. психиатр. журнал. Приложение. Депрессия у женщин. – 2001. – С. 7—11.
57. Доброхотова, Ю. Э. Менопаузальный синдром: учебно-методическое пособие / Ю. Э. Доброхотова. – М., 2005. – 24 с.
58. Доброхотова, Ю. Э. Аффективные нарушения после гистерэктомии / Ю. Э. Доброхотова, И. Н. Емельянова, Е. И. Терешкина, О. В. Макаров // Соц. и клин. психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 4. – С. 10-14
59. Дубницкая, Э. Б. Истерические расстройства (конверсионный невроз) и неврастения (астенический невроз) / Э. Б. Дубницкая // Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / под ред. А.Б. Смулевича. – М., 2000. – С. 37-42.
60. Дубницкая, Э. Б. Терапия депрессий непсихотического уровня (опыт применения пиразидола) / Э. Б. Дубницкая, Б. А. Волель // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5, № 3. – С. 106—108.
61. Дударева А. П. Психические расстройства непсихотического уровня у пациентов с приобретенными челюстно-лицевыми деформациями (клин. и терапевт. аспекты): автореф. дис. ... к.м.н. / А. П. Дударева. – М., 2009. – 24 с.
62. Дударева, Е. А. Клинико-динамическая квалификация и реабилитация органических непсихотических расстройств сосудистого генеза: автореф. дис. ... к.м.н. / Е. А. Дударева. – Томск, 2011. – 24 с.
63. Дюкова, Г. М. Основные принципы диагностики истерии / Г. М. Дюкова // Справочник поликлинического врача. – 2007. – № 15. – С. 8—13.
64. Дюкова, Г. М. Истерия в терапевтической практике / Г. М. Дюкова // Фарматека. – 2009. – № 10. – С. 47—52.
65. Дюкова, Г. М. Неврологические подходы к диагностике истерии / Г. М. Дюкова, В. Л. Голубев // Журн. неврологии и психиатрии. – 1994. – № 5. – С. 95—100.
66. Дюкова, Г. М. Новые подходы в диагностике истерии / Г. М. Дюкова, А. В. Столярова и др. // Невропатология и психиатрия. – 1997. – № 7. – С. 36.
67. Жидких, Б. Д. Способ диагностики диссоциативных расстройств с помощью психометрической шкалы / Б. Д. Жидких / Пат. RU (11)2198590(13) С2.(51)7 А61В5/16. Опубликовано: 2003.02.20.
68. Забылина, Н. А. «Истерия»: дефиниции истерических расстройств / Н. А. Забылина // Медицина и образование в Сибири. – 2007. – № 4. – С. 4.
69. Заводнов, О. П. Влияние частичной световой депривации на вегетативный, сомнологический, эндокринный и психоэмоциональный статус женщин климактерического возраста : дис. ... к.б.н. / О. П. Заводнов. – Ростов-на-Дону, 2013. – 150 с.



70. Завьялова, Н. Е. Возможности применения сульпирида в терапии непсихотических депрессивных расстройств в рамках инволюционной истерии / Н. Е. Завьялова // Соц. и клин. психиатрия. – 2013. – № 2. – С. 50—56.
71. Захаров, Н. П. Когнитивно-аналитическая суггестивно-бихевиоральная психотерапия (позитивная реинтеграция личности) // Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / под ред. Ю. С. Шевченко. – СПб.: Речь, 2003. – С. 390—452.
72. Зеленина, И. Н. Рационализация лечебно-профилактических мероприятий при артериальной гипертензии у женщин в климактерическом периоде: дис. ... к.м.н. / И. Н. Зеленина. – Воронеж, 2008. – 135 с.
73. Зимовина, У. В. Синдром психовегетативной дисрегуляции у женщины в периоде ранней постменопаузы и возможности негормональной и гормональной его коррекции : дис. ... к.м.н. / У. В. Зимовина. – Пермь, 2007. – 177 с.
74. Зызина, Н. Е. Возможности оценки нейровегетативного и психоэмоционального статуса женщин пременопаузального периода в реализации и прогнозировании климактерического синдрома: дис. ... к.м.н. / Н. Е. Зызина. – М., 2004. – 149 с.
75. Ивашиненко Д. М. Качество жизни больных с органическими непсихотическими расстройствами (комплексное медико-соц. и клинико-статист. исследование): дис. ... к.м.н. / Д. М. Ивашиненко. – М., 2005. – 137 с.
76. Ивлев, С. М. Природные физические факторы Лазаревской рекреационной зоны курорта Сочи в реабилитации больных с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы в форме нейроциркуляторной астении: дис. к.м.н. / С. М. Ивлев. – Сочи, 2009. – 175 с.
77. Иговская, А. С. Терапия творческим самовыражением пациентов со специфическими расстройствами личности с преобладанием ипохондрии: дис. ... к.м.н. / А. С. Иговская. – М., 2011. – 137 с.
78. Игумнов, С. А. Современные подходы в психотерапии расстройств депрессивного спектра (аналитический обзор) / С. А. Игумнов, В. А. Жебентяев // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 51—58.
79. Изварина, О. А. Артериальная гипертензия у женщин в климактерическом периоде: клинико-функциональные и психологические особенности: автореф. дис. ... к.м.н. / О. А. Изварина. – Тверь, 2009. – 29 с.
80. Канторович, Н. В. О классификации психогений и пограничных состояний / Н. В. Канторович // Независимый психиатр. журн. – 2001. – № 2. – С. 62—64.
81. Караваева, Т. А. Влияние социально-экономических факторов на клиническую картину больных с невротическими расстройствами / Т. А. Караваева // Обозрение психиатрии и мед. психологии. – 2010. – № 1. – С. 71—74.

82. Каримсакова, Б. К. Роль хронической производственной сенсбилизации организма женщины хромом в патогенезе патологического климакса: дис. ... к.м.н. / Б. К. Каримсакова. – Иваново, 2004. – 101 с.
83. Карпович, О. В. Применение фитоэстрогенов в терапии климактерических расстройств у женщин в пременопаузе : дис. ... к.м.н. / О. В. Карпович. – М., 2007. – 112 с.
84. Карпухин, И. Б. Психические расстройства непсихотического уровня у городского пожилого населения: автореф. дис. ... к.м.н. / И. Б. Карпухин. – Казань, 2005. – 24 с.
85. Кекелидзе, З. И. Принципы оказания психолого-психиатрической помощи при ЧС / З. И. Кекелидзе // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3, № 4. – С. 123—125.
86. Клопова, И. А. Клинико-функциональная характеристика, особенности ведения женщин с цефалгическим синдромом в климактерическом периоде: автореф. дис. ... к.м.н. / И. А. Клопова. – Иваново, 2008. – 20 с.
87. Ключин, М. Н. Непсихотические психические расстройства у пациентов с длительными сроками ортопедического лечения: дис. ... к.м.н. / М. Н. Ключин. – Томск, 2010. – 159 с.
88. Ковалев, Ю. В. Клиническая феноменология и динамика тревоги при невротических расстройствах: дис. ... д.м.н. / Ю. В. Ковалев. – М., 2006. – 367 с.
89. Ковалева, М. Д. Гендерный статус женщины в современной медицине: дис. ... д.с.н. / М. Д. Ковалева. – Волгоград, 2005. – 282 с.
90. Кожевников, В. Н. Психонейроиммунологические эффекты у пациентов с климактерическими расстройствами под влиянием психотерапии / В. Н. Кожевников, Т. А. Кожевникова, Я. В. Варлакова и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 1. – С. 105—109.
91. Козлова, М. В. Особенности нарушений микроциркуляции у женщин постменопаузального периода с артериальной гипертензией: дис. ... к.м.н. / М. В. Козлова. – Иваново, 2008. – 135 с.
92. Колесин, Д. В. Клиническая типология пограничных состояний с истероконверсионной симптоматикой / Д. В. Колесин // Рос. психиатр. журн. – 2002. – № 6. – С. 10—14.
93. Колотильщикова, Е. А. Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств : дис. ... к.п.н. / Е. А. Колотильщикова. – СПб., 2004. – 184 с.
94. Коркина, М. В. Нервная анорексия / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Марилов // Психология семьи и больной ребенок: учебное пособие: хрестоматия / Сост. И. В. Добряков, О. В. Заширинская. – СПб.: Речь, 2007. – С. 206—207.

95. Кондратьева, М. С. Особенности психических расстройств, возникающих у женщин при чрезвычайных ситуациях, и разработка принципов их терапии: автореф. дис. ... к.м.н. / М. С. Кондратьева. – М., 2005. – 166 с.
96. Королевская, Л. И. Немедикаментозная профилактика и восстановительная коррекция поздних осложнений климактерического синдрома у женщин: дис. ... д.м.н. / Л. И. Королевская. – М., 2010. – 248 с.
97. Костин, А. К. Психосоматические взаимодействия при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (коморбидность, клин. структура, динамика, реабилитации и превенция): дис. ... к.м.н. / А. К. Костин. – Томск, 2007. – 204 с.
98. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
99. Крауз, А. Псевдоистерия у больных меланхолией / А. Крауз // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1999. – Вып. 2. – С. 51—56.
100. Кривошей, И. В. Постуральный баланс у больных с генерализованным тревожным и паническим расстройствами в процессе лечения: дис. ... к.м.н. / И. В. Кривошей. – М., 2008. – 185 с.
101. Кулаков, В. И. Менопаузальный синдром (клиника, диагностика, профилактика и ЗГТ) / В. И. Кулаков. – М., 1996.
102. Кулаков, В. И. (ред.) Руководство по климактерию / под ред. В. И. Кулакова, В. П. Сметника. – М.: Мед. информ. агентство, 2005. – 685 с.
103. Кустаров, В. Н. Функция вегетативной нервной системы и психическое состояние женщин в периоде менопаузы / В. Н. Кустаров, И. И. Черниченко, В. А. Губин и др. // Журн. неврологии и психиатрии. – 2006. – № 9. – С. 59.
104. Лакосина, Н. Д. Опыт применения тералена в терапии невротических истерических расстройств / Н. Д. Лакосина, В. Ф. Литвищенко // Соц. и клин. психиатрия. – 1994. – Вып. 2. – С. 81—83.
105. Леонова Ю. И. К вопросу об эффективности лечения нейролептиками больных психозами в переходном (климактерическом) периоде [Электр. ресурс] // Акт. вопр. совр. психиатрии и наркологии. – Киев; Харьков, 2010. – Т. 5. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper061.htm>
106. Лобанова, Е. В. Психические нарушения непсихотического характера у больных сахарным диабетом дис. ... к.м.н. / Е. В. Лобанова. – Томск, 2005. – 159 с.
107. Лопатина, Т. Е. Повышение эффективности терапии тревожно-фобических расстройств у женщин в климактерическом периоде: дис. ... к.м.н. / Т. Е. Лопатина. – Курск, 2007. – 194 с.
108. Лыков, В. И. Непсихотические тревожно-депрессивные состояния у больных психиатрического и неврологического профиля: дис. ... к.м.н. / В. И. Лыков. – СПб., 2003. – 159 с.

109. Любарова, И. Б. Комплексная оценка и коррекция климактерических нарушений у женщин с хронической ишемией головного мозга: автореф. ... к.м.н. / И. Б. Любарова. – Томск, 2008. – 20 с.
110. Любарова, И. Б. Особенности клинического течения климактерического синдрома и способ коррекции его вегетативных проявлений у женщин с хронической ишемией головного мозга / И. Б. Любарова, О. А. Тихоновская, В. М. Алифирова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2008. – № 3. – С. 81—83.
111. Мадаева, И. М. Инсомнические расстройства у женщин в период менопаузы / И. М. Мадаева, Н. В. Семенова, Л. И. Колесникова и др. // Журн. неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, № 11. – С. 81—84.
112. Мазаева Н. А. Возрастные особенности непсихотических форм психогений, вызванных повседневными стрессами / Н. А. Мазаева, Т. М. Сирияченко, О. А. Суетина // Журн. неврологии и психиатрии. – 2004. – Т. 104, № 6. – С. 14—20.
113. Майборода, И. Б. Применение пантогематогена F при климактерических расстройствах у женщин перименопаузального возраста: автореферат дис. ... к.м.н. / И. Б. Майборода. – Томск, 2007. – 19 с.
114. Максимова, Н. Е. Психические расстройства у лиц пожилого возраста (клинико-эпидемиологический, социометрический и организационный аспекты): дис. ... д.м.н. / Н. Е. Максимова. – М., 2007. – 315 с.
115. Максимова, Н. М. Динамика тревожной депрессии при лечении современными антидепрессантами (тианептин (коаксил), сертралин (золофт): автореф. дис. ... к.м.н. / Н. М. Максимова. – М., 2003. – 27 с.
116. Мальцева, Л. И. Роль мелатонина в развитии климактерического синдрома у женщин и возможности применения мелатонина в лечении симптомов патологического климакса / Л. И. Мальцева, Е. А. Гафарова // Рус. мед. журн. – 2002. – № 8. – С. 266—268.
117. Манвелян, Э. А. Половая диссимилиация эффектов психотропных средств : дис. ... д.м.н. / Э. А. Манвелян. – Пятигорск, 2009. – 347 с.
118. Манушарова, Р. А. Современные возможности диагностики и лечения климактерического синдрома / Р. А. Манушарова, Э. И. Черкезова // Рус. мед. журн. – 2008. – № 25. – С. 1712.
119. Марилов, В. В. Синдром Мюнхгаузена / В. В. Марилов // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – Вып. 4. – С. 49—51.
120. Маслов, Д. Г. Применение общей магнитотерапии в комплексном лечении женщин с климактерическим синдромом: автореф. дис. ... к.м.н. / Д. Г. Маслов. – Томск, 2008. – 23 с.
121. Медведев, В. Э. Терапия непсихотических депрессий в рамках инволюционной истерии (опыт применения вальдоксана) / В. Э. Медведев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – № 4. – С. 14—18.

122. Менделевич, В. Д. Клинические варианты и динамика пограничных нервно-психических расстройств, впервые возникших у женщин в период климакса: дис. ... к.м.н. / В. Д. Менделевич. – М., 1984. – 184 с.
123. Менделевич, В. Д. Сравнительная эффективность терапии грандаксином психопатологических проявлений климактерического синдрома / В. Д. Менделевич // В мире лекарств. – 1999. – № 3—4.
124. Менделевич, В. Д. Невротические расстройства в период климакса / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева // Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 607 с.
125. Мизинова, Е. Б. Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах: автореф. дис. ... к.п.н. / Е. Б. Мизинова. – СПб., 2004. – 25 с.
126. Миронова, Н. В. Эффективность и переносимость трансперсональной психотерапии у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами // XIV съезд психиатров России (материалы съезда) / Н. В. Миронова, В. И. Бородин. – М., 2005. – С. 389.
127. Михайлова, Н. М. Практика амбулаторной терапии антидепрессантами / Н. М. Михайлова, Т. М. Сиряченко // Рус. мед. журн. – 2005. – № 10. – С. 693—699.
128. Мишкина, М. Ю. Метаболический и тревожно-депрессивный синдромы среди населения Северо-Запада России : дис. ... к.м.н. / М. Ю. Мишкина. – Великий Новгород, 2009. – 149 с.
129. Мороз, И. Н. Клинико-иммунологическая характеристика больных с астеническими расстройствами и обоснование применения для их лечения иммуностропных препаратов: дис. ... д.м.н. / И. Н. Мороз. – М., 2003. – 221 с.
130. Мосягина, И. В. Негормональная коррекция психоэмоциональных нарушений в пери- и постменопаузе: авторефер. дис. ... к.м.н. / И. В. Мосягина. – СПб., 2009. – 23 с.
131. Мочалова, Е. М. Статистический анализ состояния и рациональная коррекция психоэмоциональных расстройств у женщин в климактерическом периоде: автореф. дис. ... к.м.н. / Е. М. Мочалова. – Воронеж, 2004. – 17 с.
132. Набугорнова, Т. В. Лечение климактерического синдрома у женщин с остеохондрозом шейного отдела позвоночника в перименопаузе: автореф. дис. ... к.м.н. / Т. В. Набугорнова. – Омск, 2008. – 22 с.
133. Насырова, Р. Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетический, социально-психологический и реабилитационный аспекты): дис. ... д.м.н. / Р. Ф. Насырова. – Томск, 2012. – 499 с.
134. Незнамов, Г. Г. Новый препарат со стимулирующими и анксиолитическими свойствами ладастен при лечении неврастении (результаты сравнительного клинического исследования с плацебо) / Г. Г. Незнамов, С. А. Сюняков,

- Е. С. Телешова и др. // Журн. неврологии и психиатрии. – 2009. – № 5. – С. 20—26.
135. Немченко, О. И. Новые возможности терапии вегетативных проявлений тревоги у гинекологических больных / О. И. Немченко // Гинекология. – 2007. – № 3. – С.45—49.
136. Ниаури, Д. А. Психоэмоциональные расстройства у женщин в постменопаузе и методы их коррекции / Д. А. Ниаури, Н. Н. Петрова, О. Т. Чанышева и др. // Журн. акушерства и женских болезней. – 2001. – Т. 1, № 4. – С. 90–95.
137. Низова, А. В. Лечение больных психогенными депрессиями с использованием метода биологической обратной связи (БОС): дис. ... к.м.н. / А. В. Низова. – М., 2006. – 169 с.
138. Никитина, В. Б. Система иммунитета в клинико-патодинамических механизмах непсихотических психических расстройств: автореф. дис. ... д.м.н. / В. Б. Никитина. – Томск, 2011. – 46 с.
139. Никонов, С. А. Комплексное санаторно-курортное лечение климактерического синдрома у женщин: дис. ... к.м.н. / С. А. Никонов. – Пятигорск, 2012. – 120 с.
140. Новиков, Д. Д. Применение иммуномодуляторов в комплексной терапии больных с тревожными расстройствами: дис. ... к.м.н. / Д. Д. Новиков. – М., 2005. – 156 с.
141. Нохрина, Л. Я. Особенности патоморфоза истерических расстройств (клиническое наблюдение специфических проявлений синдрома Мюнхгаузена) / Л. Я. Нохрина, Д. Г. Платонов, Э. А. Платонова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2 (65). – С. 19—22.
142. Обеснюк, О. А. Истериформные расстройства, формирующиеся на фоне резидуально-органической недостаточности головного мозга (клинический и электрофизиологический аспекты): автореф. дис. ... к.м.н. / О. А. Обеснюк. – Томск, 2007. – 25 с.
143. Овсянников, С. А. Пограничная психиатрия и соматическая патология : клинико-практ. рук-во / С. А. Овсянников, Б. Д. Цыганков. – М.: «Триада-Фарм», 2001. – 100 с.
144. Овчинников, А. А. Тианептин (коаксил) в терапии дистимических расстройств у женщин климактерического периода / А. А. Овчинников // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 2.
145. Одарченко, С. С. Непсихотические психические расстройства позднего возраста: автореф. дис. ... д.м.н. / С. С. Одарченко. – Томск, 2009. – 49 с.
146. Павлова, Е. В. К вопросу о динамике психического состояния женщин на различных этапах гистерэктомии / Е. В. Павлова, О. Ю. Ширяев // Соц. и клин. психиатрия. – 2004. – Вып. 2. – С. 89—92.
147. Пережогина, О. В. Хронологические закономерности формирования истерического расстройства личности с учетом патоморфоза // Акт. пробл. соци-

- ально-психол. здоровья: Материалы III Междунар. конгр. / под ред. А. А. Северного, Ю. С. Шевченко. – Казань, 2006. – С. 281—283.
148. Пермякова, О. А. Клинико-психопатологические и гормонально-метаболические факторы этиопатогенеза и затяжного течения невротической депрессии у женщин: дис. ... к.м.н. / О. А. Пермякова. – Уфа, 2006. – 155 с.
149. Перчаткина, О. Э. Истерические состояния: типология, динамика, терапия и превенция: автореф. дис. ... к.м.н. / О. Э. Перчаткина. – Томск, 2000. – 24 с.
150. Перчаткина, О. Э. Истерические состояния (клинико-генет. и реабил. асп.): метод. рекомендации / О. Э. Перчаткина, В. Я. Семке, Е. В. Гуткевич, М. М. Аксенов, М. Ф. Белокрылова. – Томск, 2004. – 23 с
151. Перчаткина, О. Э. Особенности реабилитационной тактики лиц с психосоматическими проявлениями в клинике истерических состояний / О. Э. Перчаткина // Акт. вопросы психиатрии и наркологии / под ред. В. Я. Семке. – Томск: МГП «РАСКО», 2005. – Вып. 12. – С. 67—69.
152. Перчаткина, О. Э. Влияние семейных взаимоотношений на динамику истерических состояний / О. Э. Перчаткина, В. Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 211—212.
153. Перчаткина, О. Э. Клинические особенности гипервентиляционного синдрома у пациентов с истерическими состояниями / О. Э. Перчаткина, В. Я. Семке, О. В. Аксенова // Акт. вопросы психиатрии и наркологии: тезисы докладов XIV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск, 7 октября 2009 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – Вып. 14. – С. 76—78.
154. Платонов, Д. Г. Истерическое личностное расстройство в условиях изменения психосоциальных факторов / Д. Г. Платонов, Л. Я. Нохрина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 3. – С. 100—101.
155. Плотников, С. М. Истерические маски циклотимии в климактерическом возрасте / С. М. Плотников, Ю. В. Ковалев. – Ижевск: Ижевский Удмуртский университет, 1992. – 104 с.
156. Плотников, С. М. Нервно-психические расстройства климактерического генеза у женщин / С. М. Плотников // Харьковский медицинский журнал. – 1997. – № 2. – С. 27—29.
157. Положий, Б. С. Этнокультуральные особенности распространенности, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств. Пособие для врачей / Б. С. Положий, А. А. Чуркин. – М.: ГНЦССП, 2001. – 25 с.
158. Полковникова, Ю. А. Разработка состава и технологии оригинальной лекарственной формы афобазола / Ю. А. Полковникова, Э. Ф. Степанова / Вестник Воронежского ГУ. – 2011. – № 1. – С. 196—199.

159. Поляковская, Т. П. К типологической дифференциации инволюционной истерии / Т. П. Поляковская // Материалы XV съезда психиатров России (9—12 ноября 2010 г.).— М., 2010. — С. 175.
160. Поляковская, Т. П. Инволюционная истерия: автореф. дис. ... к.м.н. / Т. П. Поляковская. — М., 2011. — 22 с.
161. Попов, А. А. Соматическая патология у женщин в климактерии: клинико-функциональные, психологические и организационно-методические аспекты: автореф. дис. ... д.м.н / А. А. Попов. — Екатеринбург, 2009. — 46 с.
162. Портянникова, Н. П. Сравнительная эффективность различных методов терапии климактерического синдрома / Н. П. Портянникова, Н. В. Лазарева, М. В. Пикалова и др. // Мать и Дитя в Кузбассе. — 2011. — № 3. — С. 52—55.
163. Потапов, В. А. Возможности современной фитотерапии в лечении климактерических расстройств / В. А. Потапов // Здоров'я України. — 2007. — № 10. — С. 66—67.
164. Потемкина, Е. А. Особенности медико-психологических характеристик и симптоматика непсихотических психических расстройств при хронических гинекологических заболеваниях: автореф. дис. ... к.м.н. / Е. А. Потемкина. — СПб, 2012. — 20 с.
165. Правдивцева, Л. Г. Психологическая помощь в актуализации адаптивных возможностей женщин зрелого возраста: автореф. дис. ... к.п.н. / Л. Г. Правдивцева. — Ставрополь, 2006. — 22 с.
166. Прилепская, В. Н. Биоактивные компоненты растений и лечение климактерического синдрома ) / В. Н. Прилепская, А. В. Ледина // Акушерство и гинекология. — 2011. — № 7-1. — С. 101—108.
167. Пустовойт, М. М. Диссоциация при невротической истерии (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. ... к.м.н. / М. М. Пустовойт. — Киев, 2000. — 21 с.
168. Раас, Б. К. М. Имитируемое расстройство в клинической практике / Б. К. М. Раас // Соц. и клин. психиатрия. — 2010. — № 2. — С. 16—18.
169. Рамдени, Е. А. Подходы к негормональной коррекции климактерического синдрома у женщин в перименопаузе: дис. ... к.м.н. / Е. А. Рамдени. — Ростов н/ Д, 2006. — 157 с.
170. Распономарева, О. В. Патоморфоз истерического расстройства личности (судебно-психиатрический аспект): автореф. дис. ... к.м.н. / О. В. Распономарева. — М., 2002. — 24 с.
171. Рудакова, В. Б. Использование препаратов Дивитрен и Милайф для лечения климактерических расстройств у женщин перименопаузального возраста с различными формами климактерического синдрома / В. Б. Рудакова, З. Ш. Голевцова, Т. Ю. Куриленко // Медицинская картотека. — 2001. — № 5.



172. Ряховский, В. В. Ближайшие исходы депрессии у лиц в инволюционном и позднем возрасте: автореф. дис. ... к.м.н. / В. В. Ряховский. – М., 2011. – 25 с.
173. Саночин, А. В. Особенности вегетативной регуляции у женщин в перименопаузальном периоде: дис. ... к.м.н. / А. В. Саночин. – Пермь, 2003. – 157 с.
174. Семеняга, Н. Н. Влияние авторского коррекционного комплекса на физиологический и психофизиологический статус женщин 46—56 лет: автореф. дис. ... к.б.н. / Н. Н. Семеняга. – Челябинск, 2010. – 21 с.
175. Семке, В. Я. Истерические состояния / В. Я. Семке. – М.: Медицина, 1988. – 224 с.
176. Семке В. Я. Теоретико-методологические предпосылки перехода к новым режимам наблюдения и реабилитации пограничных больных // Акт. вопр. психиатрии / В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993. – Вып. 6. – С.8—13.
177. Семке, В. Я. Старые и новые проблемы истерии / В. Я. Семке. – Томск, 1997. – 26 с.
178. Семке, В. Я. Сексуальные дисфункции в структуре «истерической болезни» / В. Я. Семке // Сексология и сексопатология. – 2003. – № 8. – С. 17—22.
179. Семке, В. Я. Очерки об истерии / В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 474 с.
180. Семке, В. Я. Клинико-патогенетические взаимосвязи при невротических расстройствах и психопатиях / В. Я. Семке, М. М. Аксенов // Совр. асп. эндоген. и экзогенно-орган. патологии. – Томск; Кемерово, 1995. – С. 3—7.
181. Семке, В. Я. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств) / В. Я. Семке, Е. В. Гуткевич, С. А. Иванова. – Томск, 2008. – 204 с.
182. Семке, В. Я. Душевные кризисы и их преодоление / В. Я. Семке, Е. М. Епанчинцева. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2005. – 212 с.
183. Семке, В. Я. Труднокурабельные больные в пограничной психиатрии / В. Я. Семке, Д. Г. Платонов, В. Э. Новиков. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. – 196 с.
184. Семке, В. Я. Личность пациентов с невротическими расстройствами в пространстве концепции клинической персонологии / В. Я. Семке, И. Я. Стоянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 9—12.
185. Сергеев, И. И. Психопатология и динамика психогенных истерических расстройств с началом в пресениуме и старости / И. И. Сергеев // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1977. – № 12. – С. 1853—1857.
186. Серебренникова, Л. В. Особенности коллективной и индивидуально-стрессорной психотерапии истерических неврозов, истерии, истероидной психопатии / Л. В. Серебренникова, Е. Я. Каждан // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2010. – № 4. – С. 115—118.

187. Серов, В. Н. Климактерический период: нормальное состояние или патология / В. Н. Серов // Рус. мед. журн. – 2002. – № 18. – 791—794.
188. Серов, В. Н. Климактерий: возрастные изменения и способы их коррекции / В. Н. Серов, Ю. Ю. Соколова // Рус. мед. журн. – 2007. – Т. 15, № 17. – С. 2—4.
189. Серов, В.Н. Транквилизаторы в практике гинеколога / В. Н. Серов, И. И. Баранов // Consilium medicum. – 2007. – № 6. – С. 53—57.
190. Синельникова, М. Н. Цереброваскулярная патология у женщин в климактерическом периоде: автореф. дис. ... к.м.н. / М. Н. Синельникова. – Иркутск, 2004. – 24 с.
191. Сеницына, Л. В. Клинико-функциональная характеристика неврологической патологии у женщин в климактерическом периоде: автореф. дис. ... к.м.н. – Иваново, 2006. – 19 с.
192. Сирота, Н. А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума / Н. А. Сирота, М. А. Ярославская // Медицинская психология в России. – 2011. – № 2 (7). – URL: <http://medpsy.ru>
193. Сметанников, П. Г. Особенности развития и клинического течения астенического расстройства в геронтологической практике / П. Г. Сметанников, Л. П. Хорошина // Астенические расстройства в терапевт. практике / под ред. А. В. Шаброва, С. Л. Соловьевой. – СПб., 2010.
194. Сметник, В. П. Альтернативные пути коррекции климактерических расстройств / В. П. Сметник, С. Н. Карелина // Климактерий. – 2004. – № 4. – С. 3–6.
195. Сметник, В. П. (ред.) Медицина климактерия. – Ярославль: Литера, 2006. – 848 с.
196. Смулевич, А. Б. Психопатологические образования и расстройства личности (к проблеме динамики психопатий) / А. Б. Смулевич // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – Вып. 6. – С. 8—13.
197. Смулевич, А. Б. Психические расстройства в клинической практике / А. Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 720 с.
198. Смулевич, А. Б. Типология ипохондрических развитий в соматической клинике / А. Б. Смулевич, Б. А. Волель // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: материалы рос. конф. – М., 2007. – С. 87—88.
199. Смулевич, А. Б. Ипохондрия как патология личности (к проблеме постаддиктивной ипохондрии) / А. Б. Смулевич, Б. А. Волель, Д. В. Романов // Журн. неврологии и психиатрии. – 2008. – Вып. 10. – С. 4—12.
200. Смулевич, А. Б. Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности) / А. Б. Смулевич, Б. А. Волель // Журн. невропатологии и психиатрии. – 2008. – Вып.5. – С. 4—12.

201. Собенников, В. С. Соматоформные, депрессивные и тревожные расстройства. Сообщение 3. Клинико-патогенетический аспект коморбидных состояний / В. С. Собенников // Рос. психиатр. журн. – 2001. – № 2. – С. 23—28.
202. Стефановская, О. В. Лечение климактерического синдрома у женщин с сахарным диабетом 2 типа на фоне метаболического синдрома: автореф. дис. ... к.м.н. / О. В. Стефановская. – Омск, 2011. – 23 с.
203. Стоянова, И. Я. Психологические особенности системно-уровневой модели адаптации у больных с расстройствами непсихотического спектра / И. Я. Стоянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 94—98.
204. Стоянова, И. Я. Пралогические образования в адаптивно-защитной системе у больных с психическими расстройствами непсихотического спектра и в норме (психологическая модель) / И. Я. Стоянова, В. Я. Семке, Н. А. Бохан. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 134 с.
205. Стрюкова, О. Ю. Комплексная характеристика течения климактерического периода у женщин с иммунопатологией: автореф. дис. ... к.м.н. / О. Ю. Стрюкова. – Екатеринбург, 2007. – 24 с.
206. Тарицина, Т. А. Психотерапевтическая коррекция психических нарушений у женщин в климактерическом периоде: дис. ... к.м.н. / Т. А. Тарицина. – М., 2006. – 157 с.
207. Татевосян, А. Г. Коррекция психовегетативных расстройств у больных с климактерическим синдромом: автореф. дис. ... к.м.н. / А. Г. Татевосян. – М., 2002. – 24 с.
208. Тахташова, Д. Р. Психические нарушения, развивающиеся у женщин в период климактерия / Д. Р. Тахташова // Гинеколог. – 2005. – № 11. – С. 12—15.
209. Теслинов, И. В. Психосоматические аспекты терапии больных хронической обструктивной болезнью легких: дис. ... к.м.н. / И. В. Теслинов. – Воронеж, 2009. – 128 с.
210. Тиганов, А. С. Общая психопатология: курс лекций / А. С. Тиганов. – М.: Мед. информ. агентство, 2008. – 276 с.
211. Тиганов, А. С. (ред.) Психиатрия. Руководство для врачей в 2-х т. – М.: Медицина, 2012. – Т. 1. 807 с.; Т. 2. 895 с.
212. Тихомиров, А. Л. Препарат «Бетадин» в лечении и профилактике воспалительных заболеваний женских половых органов // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 3. – С. 97.
213. Ткаченко, Н. Т. Клинические аспекты диссоциативных расстройств (истерического невроза) у женщин / Н. Т. Ткаченко // Наука Кубани. – 2002. – № 2. – С. 50—52.

214. Ткаченко, Н. Т. Истерический невроз у женщин (этиология, особенности клиники, лечение): автореф. дис. ... к.м.н. / Н. Т. Ткаченко. – Томск, 2005. – 22 с.
215. Трифонова, В. С. Дифференцированный подход к лечению параксизмальной мерцательной аритмии у больных с психосоматическими нарушениями : дис. ... к.м.н. / В. С. Трифонова. – Воронеж, 2005. – 139 с.
216. Тупицын, Ю. Я. Клинико-психологические аспекты диагностики и лечения истерии / Ю. Я. Тупицын // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Л., 1973. – С. 86—91.
217. Тювина, Н. А. Психические нарушения у женщин в период климактерия / Н. А. Тювина. – М.: Изд-во «Крон-Пресс», 1996. – 224 с.
218. Тювина, Н. А. Особенности клиники, дифдиагностики и лечения психических нарушений у женщин в период климактерия / Н. А. Тювина // Основные направления научных исследований психиатрической клиники им. С. С. Корсакова. – М., 2000. – С. 55—62.
219. Тювина, Н. А. Депрессии у женщин в период климактерия и их лечение / Н. А. Тювина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – № 1. – С. 36–39.
220. Тювина, Н. А. Место коаксила в терапии депрессивных расстройств климактерического периода у женщин / Н. А. Тювина, В. В. Балабанова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 1. – С. 11—14.
221. Уманский, С. В. Динамика пограничных психических расстройств (клинический, прогностический и синергетический подходы): автореф. дис. ... д.м.н. / С. В. Уманский. – Томск, 2008. – 44 с.
222. Урадовская, А. В. Интегративная онтогенетически ориентированная психотерапия психогенных непсихотических расстройств: автореф. дис. ... к.м.н. / А. В. Урадовская. – М., 2011. – 24 с.
223. Усмонова, Ф. И. Выраженность психоэмоциональных и нейровегетативных расстройств у женщин климактерического возраста / Ф. И. Усмонова, А. Р. Нарзуллаева // Материалы научно-практ. конф. молодых ученых и специалистов. – Душанбе, 2006. – С. 50—52.
224. Филатова, М. А. Заболеваемость женщин в постменопаузе и научное обоснование мероприятий по улучшению медико-социальной помощи женщинам в постменопаузе: автореф. дис. ... к.м.н. / М. А. Филатова. – М., 2005. – 24 с.
225. Филашихин, В. В. Социально-демографические и клинико-психопатологические аспекты обращаемости в частные психиатрические учреждения: дис. ... к.м.н. / В. В. Филашихин. – М., 2012. – 162 с.
226. Фильц, А. О. Истерическая психопатия. Типологические аспекты / А. О. Фильц // Журн. неврологии и психиатрии. – 1988. – Вып. 3. – С. 131—137.

227. Фирсова, Л. Д. Ощущение «кома в горле» как клинический симптом / Л. Д. Фирсова, Н. В. Туник, О. Б. Янова // Мультидисциплинарный подход к гастроэнтерологическим проблемам: Сб. тезисов. – М., 2013. – С. 47.
228. Флегентова, О. Н. Болевой синдром в груди и дисфункции эндотелия у женщин в постменопаузе: дис. к.м.н. / О. Н. Флегентова. – М., 2007. – 118 с.
229. Хархарова, М. А. Комплексная терапия депрессивных расстройств непродуктивного генеза у больных с климактерическим синдромом: автореф. дис. ... к.м.н. / М. А. Хархарова. – М., 2007. – 24 с.
230. Холмогорова, А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. – М.: Медпрактика-М, 2011.
231. Циркин, С. Ю. Психопатология истероконверсионных расстройств / С. Ю. Циркин, Д. В. Колесин // Рос. психиатр. журн. – 2002. – № 4. – С. 16—20.
232. Цыганков, Б. Д. Роль группоцентрированной психотерапии в комплексном лечении психогенно-обусловленных нарушений климактерического периода / Б. Д. Цыганков, Ю. Т. Джангильдин, Т. А. Тарицина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 299—300.
233. Цыганков, Б. Д. Психиатрия. Основы клинической психопатологии / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 384 с.
234. Цыганков, Б. Д. Групповая когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении депрессивных расстройств / Б. Д. Цыганков, А. В. Ялтонская // Журн. неврологии и психиатрии. – 2012. – Т. 112, № 10. – С. 68—74.
235. Черниченко, И. И. Психосоматические нарушения у женщин при климактерических расстройствах и методы их коррекции: автореф. дис. ... д.м.н. / И. И. Черниченко. – СПб., 2007. – 42 с.
236. Черниченко, И. И. Психотерапия в коррекции психосоматического статуса при патологическом течении климактерического периода / И. И. Черниченко, В. А. Губин // Журн. неврологии и психиатрии. – 2006. – Вып. 12. – С. 63—65.
237. Чернякова, С. С. Адаптационные возможности лиц старшей возрастной группы: автореф. дис. ... к.п.н. / С. С. Чернякова. – СПб., 2003. – 20 с.
238. Чижова, А. И. Психологическая коррекция отношения к болезни в лечении соматоформных расстройств: дис. ... к.п.н. / А. И. Чижова. – СПб., 2012. – 185 с.
239. Чистякова, О. О. Клинико-гормональные соотношения при климактерических психических расстройствах и их динамика в процессе терапии: дис. ... к.м.н. / О. О. Чистякова. – Казань, 2005. – 128 с.
240. Чугунов, Д. Н. Психологические механизмы формирования концепции болезни и качества жизни при соматоформных депрессиях: автореф. дис. ... к.п.н. / Д. Н. Чугунов. – СПб., 2006. – 28 с.

241. Чуданов, С. В. Клинико-патогенетический подход к негормональной терапии нейровегетативных и психосоматических нарушений в пери- и постменопаузе: автореф. дис. ... к.м.н. / С. В. Чуданов. – СПб., 2003. – 27 с.
242. Шайдукова, Л. К. Феноменология истерических расстройств – особенности протестно-наказующих реакций / Л. К. Шайдукова // Рос. психiatr. журн. – 2007. – № 2. – С. 16—20.
243. Шайдукова, Л. К. Истерические депривационные манипуляции: механизмы, феноменология, коррекция / Л. К. Шайдукова // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева (Казань). – 2013. – Т. XLV, № 1. – С. 94—99.
244. Шаповалов, Д. Л. Динамика клинических симптомов и качества жизни у больных с затяжной формой климактерического синдрома при назначении азафена / Д. Л. Шаповалов, О. Ю. Ширяев, Д. Н. Харькина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2008. – № 11 (1). – С. 215—219.
245. Шаповалов, Д. Л. Оптимизация терапии тревожно-депрессивных расстройств у больных климактерическим синдромом: автореф. дис. ... к.м.н. / Д. Л. Шаповалов. – М., 2009. – 24 с.
246. Шигабутдинова, О. Г. Методические подходы к формированию оптимального ассортимента антидепрессантов для стационарного лечения пограничных психических расстройств: дис. ... к.м.н. / О. Г. Шигабутдинова. – Пермь, 2008. – 170 с.
247. Штернберг, Э. Я. Психология старения и старости и ее значение для геронтопсихиатрии / Э. Я. Штернберг // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1968. – № 8. – С. 1236—1251.
248. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – Изд. 2-е, испр. и доп. / Э. Г. Эйдемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб.: Речь, 2006. – 352 с.
249. Юренева, С. В. Депрессивные расстройства у женщин в пери- и постменопаузе / С. В. Юренева, Т. Я. Каменецкая // Гинекология. – 2007. – Т. 9, № 2. – С. 5—12.
250. Якушев, И. Б. Немедикаментозная коррекция психоэмоциональных и нейровегетативных проявлений климактерического синдрома: автореф. дис. ... к.м.н. / И. Б. Якушев. – М., 2005. – 17 с.
251. Abraham, P. F. Research report Evidenced-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: A shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? / P. F. Abraham, J. R. Calabrese // J. Affect. Disord. – 2008. – V. 111. – p. 21—30.
252. Abse, W. D. Hysteria and Related Mental Disorders / W. D. Abse. – 2 ed. – Bristol: Wright, 1987.
253. Addyman, M. E. The character of hysteria in Shakespeare's England. Ph. D. diss / M. E. Addyman. – N. Y.: University of York, 1988.

254. Alexander, J. L. Role of psychiatric comorbidity on cognitive function during and after the menopausal transition / J. L. Alexander, B. R. Sommer, L. Dennerstein // *Expert Review of Neurotherapeutics*. – 2007. – V. 7. – 11s. – S157-S180.
255. Alexander, J. L. Role of stressful life events and menopausal stage in wellbeing and health / J. L. Alexander, L. Dennerstein, N. F. Woods et al. // *Expert Review of Neurotherapeutics*. – 2007. – V. 7. – 11s. – S93-S113.
256. Ali-Gombe, A. Mass hysteria: One syndrome or two? / A. Ali-Gombe, E. Guthrie, N. McDermott // *Brit. J. Psychiatry*. – 1996. – May. – V. 1685. – P. 633—635.
257. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder: Treatment recommendations for patients with borderline personality disorder: executive summary of recommendations. – Washington DC, 2001.
258. Amin, Y. Mass hysteria in an Arab culture / Y. Amin, E. Hamdi, V. Eapen // *International Journal of Social Psychiatry*. – 1997. – V. 43. – P. 303—306.
259. Arean, P. A. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression / P. A. Arean, B. L. Cook // *Biol. Psychiatry*. – 2002. – V. 52. – P. 293—303.
260. Arnold, M. L. Hysteria. A Neurobiological Theory / M. L. Arnold // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1972. – V. 27 (6). – P. 771—777.
261. Asher, R. Munchausen's syndrome / R. Asher // *Lancet*. – 1951. – V. 1. – P. 339—341.
262. Aybek, S. The neuropsychiatry of conversion disorder / S. Aybek, R. A. Kanaan, A. S. David // *Curr. Opin. Psychiatry*. – 2008. – V. 21 (3). – P. 275—280.
263. Balaratnasingam, S. Mass hysteria revisited / S. Balaratnasingam, A. Janca // *Curr. Opin. Psychiatry*. – 2006. – Mar. – V. 19 (2). – P. 171—174.
264. Bandera, A. Transformations in hysteria / A. Bandera, Psy.D. – California, Institute of Integral Studies, 2004. – 88 p.
265. Bart, P. B. The politics of hysteria: The case of the wandering womb / P. B. Bart, D. H. Scully. – Ithaca, New York: Cornell University Press, 1994.
266. Bartholomew, R. E. Redefining epidemic hysteria: An example from Sweden / R. Bartholomew // *Acta Psych. Scand.* – 1993. – Sep. – V. 883. – P. 178—182.
267. Bartholomew, R. Epidemic hysteria in schools / R. Bartholomew, F. Sirois // *Educ. Studies*. – 1996. – V. 22. – P. 285—311.
268. Becker, D. Psychological distress around menopause / D. Becker, J. Lomranz, A. Pines // *Psychosomatics*. – 2001. – V. 42, № 3. – P. 252—257.
269. Bellino, S. F. Efficacy and tolerability of duloxetine in borderline personality disorder a pilot study / S. Bellino, E. Paradis, P. Bozzatello, F. Bogetto // *J. Psychopharmacol.* – 2010. – V. 24. – P. 333—339.

270. Bengel, J. Chronic diseases, psychological distress and coping – challenges for psychosocial care in medicine / J. Bengel, M. Beutel, M. Broda et al. // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* – 2003. – V. 53, No 2. – P. 83—93.
271. Bisson, J. I. Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury / J. I. Bisson, J. P. Shepherd, D. Joy et al. // *Br. J. Psych.* – 2004. – V. 184. – P. 63—69.
272. Black, D. W. On STEPP group treatment program for outpatients with borderline personality disorder / D. W. Black, N. Blum, B. Pfohl et al. // *J. Contemp. Psychother.* – 2004. – V. 34. – P. 193—210.
273. Bolton, E. E. Symptom correlates of posttraumatic stress disorder in clients with borderline personality disorder / E. E. Bolton, K. T. Mueser, S. D. Rosenberg // *Comprehensive Psych.* – 2006. – V. 47. – P. 357–361.
274. Borong, Zhou. The symptomatology of climacteric syndrome: whether associated with the physical factors or psychological disorder in perimenopausal/postmenopausal patients with anxiety–depression disorder / Borong Zhou, Xiaofang Sun, Ming Zhang, Yanhua Deng, Jiajia Hu // *Arch. Gynecology and Obstetrics.* – 2012. – V. 285, Iss. 5. – P. 1345—1352.
275. Bosworth, H. B. Depressive symptoms, menopausal status and climacteric symptoms in women at midlife / H. B. Bosworth, L. A. Bastian, M. N. Kuchibhatla // *Psychosom Med.* – 2001. – V. 63, № 4. – P. 603—608.
276. Brown, R. J. Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V? / R. J. Brown, A. E. Carde, E. Nijenhuis, V. Sar, O. van der Hart // *Psychosomatics.* – 2007. – V. 48 (5). – P. 369—378.
277. Buddeberg, C. Psychosocial aspects of the climacteric / C. Buddeberg, B. Buddeberg-Fischer // *Praxis (Bern).* – 1995. – Jun. – V. 84 (24). – P. 718—721.
278. Calvert, C. Structural family therapy as a treatment modality to decrease depressive symptoms for women suffering from postpartum depression and improve family functioning. – The University of the Rockies, 2008. – 203 p.
279. Camhi, L. E. Prisoners of gender: Hysteria, psychoanalysis, and literature in fin-de-siècle culture / L. E. Camhi, Ph. D. diss. – Yale University, 1991.
280. Carper, A. Hysteria and narcissism: Two concrete representations of the experience of gender by / A. Carper, Ph.D. – Adelphi University, The Institute of Advanced Psychological Studies, 2002. – 165 p.
281. Ceschia, C. The «hysterodemonopathy» epidemic of Verzegnis 1879 / C. Ceschia, D. Cozzi // *Arch. Psicol., Neurol. Psych.* – 1989. – V. 502. – P. 214—217.
282. Coriat, I. H. The Hysteria of Lady Macbeth / I. H. Coriat. – New York: Moffat, Yard and Company, 1912.
283. Davidson, J. R. Pharmacotherapy of social anxiety disorder: what does the evidence tell us? / J. R. Davidson // *J. Clin. Psychiatry.* – 2006. – V. 67. – P. 20—26.



284. Dennerstein, L. A review of studies of the psychological symptoms found at the menopause / L. Dennerstein, G. D. Burrows // *Maturitas*. – 1978. – Jun. – V. 1 (1). – P. 55—64.
285. Dennerstein, L. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on wellbeing / L. Dennerstein, P. Lehert, J. Guthrie // *Arch. Women's Mental Health*. – 2002. – V. 5 (1). – P. 15.
286. Dennerstein, L. Predictors of declining self rated health during the transition to menopause / L. Dennerstein, E. C. Dudley, J. R. Guthrie // *J. Psychosom. Research*. – 2003. – V. 54 (2). – P. 147—153.
287. Dhadphale, M. Epidemic hysteria in a Zambian school: The mysterious madness of Mwinilunga / M. Dhadphale, S. P. Shaikh // *Brit. J. Psychiatry*. – 1983. – Jan. – Vol. 142. – P. 85—88.
288. Dia, D. A. The tripartite model of anxiety and depression: Role of the factors of anxiety sensitivity in anxiety and depression / D. A. Dia. – Baltimore, 2006. – 136 p.
289. Dienes, K. A. The biopsychosocial model of risk for depression / K. A. Dienes, University of California. – Los Angeles, 2008. – 146 p.
290. Ebel, H. Clinical criteria for diagnosing conversion disorders / H. Ebel, T. Lohmann // *Neurol. Psych. Brain Research*. – 1995. – V. 3. – P. 193—200.
291. Elkins, G. R. Clinical hypnosis: An essential in the tool kit for family practice / G. R. Elkins, D. L. Handel // *Behav. Med. Fam. Pract.* – 2001. – V. 3. – P. 113—126.
292. Eminson, M. Munchausen Syndrome by Proxy Abuse / M. Eminson, R. J. Postlethwaite. – Oxford: Butterworth, 2000.
293. Feurino, L. State of the Art in the Pharmacologic Treatment of Borderline Personality Disorder / L. Feurino, K. R. Silk // *Curr. Psych. Rep.* – 2011. – V. 13. – P. 69—75.
294. Friedel, R.O. Early sea changes in borderline personality disorder / R. O. Friedel // *Current Psychiatry Reports*. – 2006. – V. 8. – P. 1—4.
295. Freyberger, H. J. Dissociative disorders / H. J. Freyberger, C. Spitzer // *Nervenarzt*. – 2005. – Jul. – V. 76 (7). – P. 893—899.
296. Fukuda, K. Hysteria and urbanization / K. Fukuda, M. Moriyama, N. Chiba, T. Suzuki // *Folia Psychiatr. Neurol. Jpn.* – 1980. – Vol. 34 (4). – P. 413—418.
297. Gilman, S. L. Hysteria beyond Freud / S. L. Gilman, H. King, R. Porter, G. S. Rousseau, E. Showalter. – Berkeley; Los Angeles; Oxford, 1993. – 478 p.
298. Grigoriadis, S. Antidepressant augmentation with raloxifene / S. Grigoriadis, S. H. Kennedy, J. Srinivisan et al. // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2005. – V. 25, No.1. – P. 96—98.
299. Gross, R. Borderline personality disorder in primary care / R. Gross, M. Olfson, M. Gameroff et al. // *Arch. Intern. Med.* – 2002. – V. 14, N 162. – P. 53-60.

300. Guaraldi, G. P. Epidemic mass hysteria: description of an episode and review of literature / G. P. Guaraldi, M. R. Antonica, C. Ruggerini, C. Chiossi // *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. – 1995. – May—Jun. – Vol. 623. – P. 231—247.
301. Bisson, J. I. Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury / J. I. Bisson, J. P. Shepherd, D. Joy et al. // *Br. J. Psych.* – 2004. – V. 184. – P. 63—69.
302. Black, D. W. On STEPP group treatment program for outpatients with borderline personality disorder / D. W. Black, N. Blum, B. Pfohl et al. // *J. Contemp. Psychother.* – 2004. – V. 34. – P. 193—210.
303. Bolton, E. E. Symptom correlates of posttraumatic stress disorder in clients with borderline personality disorder / E. E. Bolton, K. T. Mueser, S. D. Rosenberg // *Comprehensive Psych.* – 2006. – V. 47. – P. 357—361.
304. Borong, Zhou. The symptomatology of climacteric syndrome: whether associated with the physical factors or psychological disorder in perimenopausal/postmenopausal patients with anxiety–depression disorder / Borong Zhou, Xiaofang Sun, Ming Zhang, Yanhua Deng, Jiajia Hu // *Arch. Gynecology and Obstetrics*. – 2012. – V. 285, Iss. 5. –P. 1345—1352.
305. Bosworth, H. B. Depressive symptoms, menopausal status and climacteric symptoms in women at midlife / H. B. Bosworth, L. A. Bastian, M. N. Kuchibhatla // *Psychosom Med.* – 2001. – V. 63, № 4. – P.603—608.
306. Brown, R. J. Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V? / R. J. Brown, A. E. Carde, E. Nijenhuis, V. Sar, O. van der Hart // *Psychosomatics*. – 2007. – V. 48 (5). – P. 369—378.
307. Buddeberg, C. Psychosocial aspects of the climacteric / C. Buddeberg, B. Buddeberg-Fischer // *Praxis (Bern)*. 1995. – Jun. – V. 84 (24). – P. 718—721.
308. Calvert, C. Structural family therapy as a treatment modality to decrease depressive symptoms for women suffering from postpartum depression and improve family functioning. – The University of the Rockies, 2008. –203 p.
309. Camhi, L. E. Prisoners of gender: Hysteria, psychoanalysis, and literature in fin-de-siècle culture / L. E. Camhi, Ph. D. diss. – Yale University, 1991.
310. Carper, A. Hysteria and narcissism: Two concrete representations of the experience of gender by / A. Carper, Ph.D. – Adelphi University, The Institute of Advanced Psychological Studies, 2002. – 165 p.
311. Ceschia, C. The «hysterodemonopathy» epidemic of Verzegnis 1879 / C. Ceschia, D. Cozzi // *Arch. Psicol., Neurol. Psych.* – 1989. – V. 502. – P. 214—217.
312. Coriat, I. H. The Hysteria of Lady Macbeth / I. H. Coriat. – New York: Moffat, Yard and Company, 1912.
313. Davidson, J. R. Pharmacotherapy of social anxiety disorder: what does the evidence tell us? / J. R. Davidson // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006. – V. 67. – P. 20—26.

314. Dennerstein, L. A review of studies of the psychological symptoms found at the menopause / L. Dennerstein, G. D. Burrows // *Maturitas*. – 1978. – Jun. – V. 1 (1). – P. 55—64.
315. Dennerstein, L. The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on wellbeing / L. Dennerstein, P. Lehert, J. Guthrie // *Arch. Women's Mental Health*. – 2002. – V. 5 (1). – P. 15.
316. Dennerstein, L. Predictors of declining self rated health during the transition to menopause / L. Dennerstein, E. C. Dudley, J. R. Guthrie // *J. Psychosom. Research*. – 2003. – V. 54 (2). – P. 147—153.
317. Dhadphale, M. Epidemic hysteria in a Zambian school: The mysterious madness of Mwinilunga / M. Dhadphale, S. P. Shaikh // *Brit. J. Psychiatry*. – 1983. – Jan. – Vol. 142. – P. 85—88.
318. Dia, D. A. The tripartite model of anxiety and depression: Role of the factors of anxiety sensitivity in anxiety and depression / D. A. Dia. – Baltimore, 2006. – 136 p.
319. Dienes, K. A. The biopsychosocial model of risk for depression / K. A. Dienes, University of California. – Los Angeles, 2008. – 146 p.
320. Ebel, H. Clinical criteria for diagnosing conversion disorders / H. Ebel, T. Lohmann // *Neurol. Psych. Brain Research*. – 1995. – V. 3. – P. 193—200.
321. Elkins, G. R. Clinical hypnosis: An essential in the tool kit for family practice / G. R. Elkins, D. L. Handel // *Behav. Med. Fam. Pract.* – 2001. – V. 3. – P. 113—126.
322. Eminson, M. Munchausen Syndrome by Proxy Abuse / M. Eminson, R. J. Postlethwaite. – Oxford: Butterworth, 2000.
323. Feurino, L. State of the Art in the Pharmacologic Treatment of Borderline Personality Disorder / L. Feurino, K. R. Silk // *Curr. Psych. Rep.* – 2011. – V. 13. – P. 69—75.
324. Friedel, R.O. Early sea changes in borderline personality disorder / R. O. Friedel // *Current Psychiatry Reports*. – 2006. – V. 8. – P. 1—4.
325. Freyberger, H. J. Dissociative disorders / H. J. Freyberger, C. Spitzer // *Nervenarzt*. – 2005. – Jul. – V. 76 (7). – P. 893—899.
326. Fukuda, K. Hysteria and urbanization / K. Fukuda, M. Moriyama, N. Chiba, T. Suzuki // *Folia Psychiatr. Neurol. Jpn.* – 1980. – Vol. 34 (4). – P. 413—418.
327. Gilman, S. L. Hysteria beyond Freud / S. L. Gilman, H. King, R. Porter, G. S. Rousseau, E. Showalter. – Berkeley; Los Angeles; Oxford, 1993. – 478 p.
328. Grigoriadis, S. Antidepressant augmentation with raloxifene / S. Grigoriadis, S.H. Kennedy, J. Srinivisan et al. // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2005. – V. 25, No.1. – P. 96—98.
329. Gross, R. Borderline personality disorder in primary care / R. Gross, M. Olfson, M. Gameroff et al. // *Arch. Intern. Med.* – 2002. – V. 14, N 162. – P. 53-60.

330. Guaraldi, G. P. Epidemic mass hysteria: description of an episode and review of literature / G. P. Guaraldi, M. R. Antonica, C. Ruggerini, C. Chiossi // *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. – 1995. – May—Jun. – V. 623. – P. 231—247.
331. Gunderson, J. G. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study / J. G. Gunderson, R. L. Stout, T. H. McGlashan et al. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2011. – V. 68. – P. 827—837.
332. Guthrie, J. R. Weight gain, somatic symptoms and the menopause / J. R. Guthrie, L. Dennerstein // *Menopausal Medicine*. – 2001. – V. 9 (3). – P. 4.
333. Halligan, P. *Contemporary Approaches to the Science of Hysteria: Clinical and Theoretical Perspectives* / P. Halligan, C. Bass, J. C. Marshall. – Oxford: Oxford University Press, 2001.
334. Hawkins, E. L. *The raging womb: An archetypal study of hysteria and the early psychoanalytic movement* / E. L. Hawkins. – Dallas: University of Dallas, 1978.
335. Hillwig, A. J. *Psychologists' adherence to cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapies* / A. J. Hillwig. – Chestnut Hill College, 2003. – 90 p.
336. Horowitz, M. J. (Ed.) *Hysterical Personality* / M. J. Horowitz. – New York: Jason Aronson, Inc., 1977. – 441 p.
337. Hubschmid, M. Dissociative disorders: neurologists and psychiatrists working together / M. Hubschmid, S. Aybek, F. Vingerhoets, A. Berney // *Rev. Med. Suisse*. – 2008. – Feb. – V. 13, № 4 (144). – P. 412—416.
338. Jacobs, N. The phantom slasher of Taipei: Mass hysteria in a non-Western society / N. Jacobs // *Social Problems*. – 1965. – V. 123. – P. 318—328.
339. Iatrakis, G. Psychosomatic symptoms of postmenopausal women with or without hormonal treatment / G. Iatrakis, N. Haronis, G. Sakellaropoulos, A. Kourkoubas, M. Gallos // *Psychother. Psychosom*. – 1986. – V. 46 (3). – P. 116—121.
340. Jilek, W. Mass hysteria with koro symptoms in Thailand / W. Jilek, L. Jilek-Aall // *Schweiz. Arch. Neurol., Neurochir. Psych.* – 1977. – V. 1202. – P. 257—259.
341. Kahane, C. Hysteria, feminism, and the case of the Bostonians / C. Kahane / R. Feldstein, J. Roof eds. // *Feminism and Psychoanalysis*. – Ithaca, N. Y.: Cornell University Press, 1989.
342. Kelley-Gillespie, N. Perceptions of quality of life of the elderly / N. Kelley-Gillespie. – The University of Utah, 2003. – 208 p.
343. Kellogg, S. H. Schema therapy for borderline personality disorder / S. H. Kellogg, J. E. Young // *J. Clin. Psychol.* – 2006. – V. 62. – P. 445—458.
344. Kool, S. Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders / S. Kool, J. Dekker, I. J. Duijsens, F. de Jonghe, B. Puite // *Harv. Rev. Psych.* – 2003. – V. 1. – P. 133—141.

345. Kovach, A. The effects of physical activity on levels of depression, anxiety, and hypochondriasis in the elderly / A. Kovach. – Hofstra University, 1998. – 129 p.
346. Kozłowska, K. The developmental origins of conversion disorders / K. Kozłowska // *Clin. Child. Psychol. Psych.* – 2007. – V. 12 (4). – P. 487—510.
347. Krem, M. M. Motor conversion disorders reviewed from a neuropsychiatric perspective / M. M. Krem // *J. Clin. Psychiatry.* – 2004. – V. 65. – P. 783—790.
348. Krug, S. Mass illness at an intermediate school: toxic fumes or epidemic hysteria? / S. Krug // *Pediatric Emergency Care.* – 1992. – V. 8. – P. 280—282.
349. Laengle, A. *Hysterie* / A. Laengle. – Wien: Facultas, 2002.
350. Lagos, X. Prevalence of biological and psychological symptoms in perimenopausal women from different socioeconomic levels in the city of Temuco / X. Lagos, N. Navarro, E. Illanes, L. Bustos // *Rev. Med. Chil.* – 1998. – V. 126, № 10. – P. 1189—1194.
351. Lenzenweger, M. F. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication / M. F. Lenzenweger, M. C. Lane, A. W. Loranger, R. C. Kessler // *Biol. Psychiatry.* – 2007. – V. 62. – P. 553—564.
352. Levine, S. B. The Crisis in the Church: Dealing with the Many Faces of Cultural Hysteria / S. B. Levine, C. B. Risen // *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies.* – 2004. – V. 14. – P. 364—370.
353. Lieb, K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomized trials / K. Lieb, B. Völlm, G. Rucker, A. Timmer, J. M. Stoffers // *British Journal of Psychiatry.* – 2010. – V. 196. – P. 4—12.
354. Luaute, J. P. Epidemic Hysteria: A politically incorrect diagnosis? / J. P. Luaute, O. Saladini // *Annales Medico-Psychologiques.* – 2007. – May. – V. 1654. – P. 263—268.
355. Mace, C. J. Hysterical conversion: A critique / C. J. Mace // *Brit. J. Psychiatry.* – 1992. – V. 161. – P. 378—389.
356. Mailis-Gagnon, A. Altered central somatosensory processing in chronic pain patients with «hysterical» anesthesia / A. Mailis-Gagnon, I. Giannoylis, J. Downar, C. L. Kwan et al // *Neurology.* – 2003. – V. 60. – P. 1501—1507.
357. Mattoo, S. K. Mass family hysteria: A report from India / S. K. Mattoo, N. Gupta, A. Lobana, B. Bedi // *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* – 2002. – Dec. – V. 566. – P. 643—646.
358. Mercer, D. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms / D. Mercer, A. B. Douglass, P. S. Links // *J. Pers. Disord.* – 2009. – V. 23. – P. 156—174.
359. Millon, T. *Personality disorders in modern life* / T. Millon, R. Davis. – John Wiley, Sons, 2000.

360. Moursund, J. P. Integrative psychotherapy: The art and science of relationship / J. P. Moursund, R. G. Erskine. – I Pacific Grove, CA: Brooks-Cole/Wadsworth, 2004.
361. Narayanan, H. S. A clinical report of epidemic hysteria in six members of a family / H. S. Narayanan, A. S. Mahal // *Adv. Fam. Psych.* – 1980. – V. 2. – P. 289—293.
362. Netz, Y. Habitual physical activity is a meaningful predictor of wellbeing in mid-life women: a longitudinal analysis / Y. Netz, J. Zach, J. Taffe, J. Guthrie // *Climacteric.* – 2008. – V. 11. – P. 337—344.
363. Nijenhuis, E. R. Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders in the 19th and 20th Century / E. R. Nijenhuis // *J. Traum. Dissoc.* – 2000. – V. 1 (4). – P. 7—32.
364. Owen, A. R. G. Hysteria, Hypnosis and Healing / A. R. G. Owen // *The Work of J.-M. Charcot.* – New York: Garrett Publication, 1971. – P. 252.
365. Owens, C. Conversion disorder: the modern hysteria / C. Owens, S. Dein // *Adv. Psychiatr. Treat.* – 2006. – V. 12. – P. 152—157.
366. Nolen-Hoeksema, S. Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms / S. Nolen-Hoeksema, A. Aldao // *Personal. Individ. D.* – 2011. – V. 51. – P. 704—708.
367. Paykel, E. S. Personal impact of depression: disability / E. S. Paykel. – WPA Teaching Bulletin, 1997.
368. Pellerin, J. Hysteria and aging / J. Pellerin, C. Pinquier, C. Potart // *Psychol. Neuropsychiatr.* – 2003. – Jun. – V. 1 (2). – P. 89—97.
369. Perna, S. F. The function and diagnosis of hysteria in nineteenth century fiction and medical texts / S. F. Perna Psy D. – Alliant International University, San Francisco Bay, 2002. – 280 p.
370. Pierce, J. L. The relation between emotion work and hysteria: A feminist reinterpretations of Freud's 'Studies on hysteria / J. L. Pierce // *Women's Studies.* – 1989. – V. 16, № 3—4. – P. 255—271.
371. Pittenger, C. Stress, depression, and neuroplasticity: A convergence of mechanisms / C. Pittenger, R. S. Duman // *Neuropsychopharm.* – 2008. – V. 33. – P. 88—109.
372. Pullela, S. An outbreak of epidemic hysteria: An illustrative case study / S. Pullela // *Irish J. Psychiatry.* – 1986. – V. 71. – P. 9—11.
373. Rinne, T. SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebocontrolled clinical trial for female patients with borderline personality disorder / T. Rinne, W. Van den Brink, L. Wouters, R. van Dyck // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – V. 159. – P. 2048—2054.
374. Ripoll, L. H. Evidence-based pharmacotherapy for personality disorders / L. H. Ripoll, J. Triebwasser, L. J. Siever // *Int. J. Neuropsychopharm.* – 2011. – V. 15. – P. 1—32.

375. Roach, E. S. Episodic Neurological Dysfunction Due to Mass Hysteria / E. S. Roach, R. L. Langley // *Arch. Neurol.* – 2004. – Aug. – V. 618. – P. 1269—1272.
376. Roback, H. B. Epidemic grieving at a birthday party: A case of mass hysteria / H. B. Roback, E. Roback, J. D. LaBarbera // *J. Developmental Behavioral Pediatrics.* – 1984. – Apr. – V. 52. – P. 86—89.
377. Rom, A. The relationship among patients' maturity of defense mechanisms, the working alliance, and self disclosure in outpatient psychotherapy / A. Rom. – Long Island University, The Brooklyn Center, 2010. – 114 p.
378. Roseborough, D. Psychodynamic psychotherapy: An effectiveness study / D. Roseborough, – University of Minnesota, 2004. – 114 p.
379. Rugova, N. The etiology and treatment of hypochondria and the comorbidity with other disorders / N. Rugova. – Long Island University, The Brooklyn Center, 2007. – 45 p.
380. Sansone, R. A. Gender Patterns in Borderline Personality Disorder / R. A. Sansone, L. A. Sansone // *Innov. Clin. Neurosci.* – 2011. – V. 8. – P. 16—20.
381. Sauve, M. A. Evaluation of health-related quality of life instruments in the veteran population / M. A. Sauve. – Texas: Tech University, 2000. – 156 p.
382. Shin, W. K. Effect of Menopause on the Mental Health of Climacteric Women / W. K. Shin, I. W. Chang // *Korean. J. Prev. Med.* – 1985. – Oct. – V. 18 (1). – P. 157—171.
383. von Sydow, K. Psychosomatic aspects of menopause: review of the literature 1988-1992 / K. von Sydow, C. Reimer // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* – 1995. – Jul. – V. 45 (7). – P. 225—236.
384. Simpson, E. B. Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder / E. B. Simpson, S. Yen, E. Costello, K. Rosen, A. Begin, J. Pistorello, T. Pearlstein // *J. Clin. Psychiatry.* – 2004. – V. 65. – P. 379—385.
385. Skodol, A. E. Why are women diagnosed borderline more than men? / A. E. Skodol, D. S. Bender // *Psychiatr. Q.* – 2003. – V. 74. – P. 349—360.
386. Spence, S. A. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement / S. A. Spence, H. L. Crimlisk, H. Cope et al. // *Lancet.* – 2000. – V. 355. – P. 1243—1244.
387. Spitzer, C. Hysteria, dissociation and conversion. A review of concepts, classification and diagnostic instruments / C. Spitzer, H. J. Freyberger, C. Kessler // *Psychiatr. Prax.* – 1996. – Mar. – V. 23 (2). – P. 63—68.
388. Spitzer, C. Gender differences in dissociative disorders / C. Spitzer, H. J. Freyberger // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* – 2008. – Jan. – V. 51, № 1. – P. 46—52.

389. Sterling, J. Jr. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting / J. Jr. Sterling // *Pediatrics*. – 2007. – May. – V. 119 (5). – P. 1026—1030.
390. Stone, J. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and hysteria / J. Stone, R. Smyth, A. Carson et al. // *B. M. J.* – 2005. – V. 331. – P. 989.
391. Tavakoli, H. Cognitive Emotion Regulation Strategies in Women with Major Depressive Disorder / H. Tavakoli, O. Rezaei, B. Dolatshahi // *Malaysian J. Psychiatry*. – 2014. – V. 23, N 1.
392. Tucker, H. S. Munchausen syndrome involving pets by proxies / H. S. Tucker, F. Finlay, S. Guiton // *Arch. Dis. Child*. – 2002. – V. 87 (3). – P. 263.
393. Van der Kolk, B. A. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma / B. A. Van der Kolk, D. Pelcovitz, S. H. Roth, F. S. Mandel, A. C. McFarlane, J. L. Herman // *Amer. J. Psychiatry*. – 1996. – V. 153, N 7. – P. 83—93.
394. Veith, I. Four thousand years of hysteria / I. Veith / Ed. M. Horowitz // *Hysterical personality*. – New York: Jason Aronson, 1977. – P. 7—93.
395. Vennemann, B. Suffocation and poisoning the hard-hitting side of Munchausen's syndrome by proxy / B. Vennemann, T. Bajanowski, B. Karger et al. // *Int. J. Legal Med.* – 2005. – Mar. – V. 119 (2). – P. 98—102.
396. Vuilleumier, P. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss / P. Vuilleumier, C. Chicherio, F. Assal et al. // *Brain*. – 2001. – V. 124. – P. 1077—1090.
397. Vuilleumier, P. Hysterical conversion and brain function / P. Vuilleumier // *Prog. Brain. Res.* – 2005. – V. 150. – P. 309—329.
398. Watanabe, T. Conversion disorder with sensory symptom or defect / T. Watanabe, K. Akiyama // *Ryoikibetsu Shokogun Shirizu*. – 2003. – V. 38. – P. 515—518.
399. Weber, B. Testosterone, androstenidione and dihydrotestosterone concentrations and elevated in female patients with major depression / B. Weber, S. Lewicka, M. Deuschle, et al. // *Psychoneuroendocrin*. – 2000. – V. 25 (8). – P. 765—771.
400. Wisechild, L. M. Connecting links: Globalization and the quality of life. – The Union Institute, 2000. – 284 p.
401. Woods, N. Impact of clinician and patient attitudes on clinical decision making for the symptomatic menopausal woman with or without comorbidity / N. Woods, J. L. Alexander, L. Dennerstein, G. Richardson // *Exp. Rev. Neurotherap*. – 2007. – 7:11s. – S27-S34.
402. Yarom, N. A matrix of hysteria / N. Yarom // *Int. J. Psychoanal*. – 1997. – Dec. – V. 78, Pt. 6. – P. 1119—1134.



403. Zanarini, M. C. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine fluoxetine combination in women with borderline personality disorder / M. C. Zanarini, F. R. Frankenburg, E. A. Parachini // *J. Clin. Psychiatry*. – 2004. – V. 65. – P. 903—907.
404. Zanarini, M. C. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study / M.C. Zanarini, F. R. Frankenburg, D. B. Reich, K. R. Silk, J. I. Hudson, L. B. McSweeney // *Am. J. Psychiatry*. – 2007. – V. 164. – P. 929—935.