**ПЛАН:**

1. Введение.
2. Истерическое расстройство личности.

1. Распространенность истерического расстройства личности.

2. Симптомы истерического расстройства личности.

3. Причины истерического расстройства личности.

4. Прогноз при истерической психопатии.

5. Диагностика истерического расстройства личности

по МКБ-10.

6. Лечение истерического расстройства личности.

III. ДИССОЦИАТИВНЫЕ (КОНВЕРСИОННЫЕ)

РАССТРОЙСТВА.

1. Клиническая картина диссоциативных и конверсионны

расстройств.

1. Типы диссоциативного (конверсионного) расстройства.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Лечение.

IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

**Введение**

Истерическое расстройство личности — расстройство личности, характеризующееся не иссякающей потребностью в получении внимания, неустойчивой самооценкой, переоценкой значимости пола, наигранным поведением и др. Согласно Кернбергу люди с истерическим расстройством личности:

* зачастую совершают совершенно неадекватный выбор партнера в личной жизни
* обычно обладают «импрессионистским когнитивным стилем» — быстро ухватывают общую картину «грубыми мазками» и игнорируют детали, что может приводить к ошибкам.

Люди с истерическим расстройством личности крайне эмоциональны и постоянно добиваются к себе внимания. Как правило, их описывают как "эмоционально заряженных". Неумеренное, быстро меняющееся настроение может весьма осложнять им жизнь, они все время "на сцене": даже описывая повседневные события, они прибегают к театральным жестам и вычурной речи. Эти люди постоянно меняются, стараясь привлечь внимание окружающих и произвести на них впечатление; кажется, что у них отсутствует ощущение того, что они собой в действительности представляют. Их речь скорее бедна существенными деталями, и они часто следуют последнему крику моды, стараясь вызвать у других восхищение.

Одобрение и похвала составляют смысл жизни этих индивидуумов; они должны сделать окружающих свидетелями своей эмоциональной приподнятости и проявлений своего настроения. Они не способны откладывать на долгий срок получение удовольствия. Тщеславные, эгоцентричные и настойчивые, они излишне бурно реагируют на любое незначительное событие, которое встает на пути их поиска внимания. Некоторые совершают попытки самоубийства, главным образом для того, чтобы манипулировать окружающими.

Диссоциативные расстройства (лат. dissociare «отделяться от общности») — группа психических расстройств, характеризующихся изменениями или нарушениями ряда психических функций — сознания, памяти, чувства личностной идентичности, осознания непрерывности собственной идентичности. Обычно эти функции интегрированы в психике, но когда происходит диссоциация, некоторые из них отделяются от потока сознания и становятся в известной мере независимы. Так, может утрачиваться личностная идентичность и возникать новая, как это происходит в состояниях фуги или множественной личности, либо могут стать недоступными для сознания отдельные воспоминания, как в случаях психогенной амнезии.

**Истерическое расстройство личности.**

**Распространенность истерического расстройства личности**

До недавних пор считалось, что это расстройство чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Недавние исследования позволяют предположить, что это расстройство личности встречается у 2-3% взрослых людей, причем мужчины и женщины подвержены ему в равной степени (АРА, 1994; Nestadt et al., 1990).

**Симптомы истерического расстройства личности**

Особенностью истерической психики является отсутствие четких границ между продукцией собственного воображения и действительностью. Реальный мир для человека с истерической психикой приобретает своеобразные причудливые очертания; объективный критерий для него утрачен, что часто дает повод окружающим обвинить такого человека в лучшем случае во лжи и притворстве. Так же превратно истерик воспринимает и процессы в собственном организме и собственной психике. Одни переживания совершенно ускользают от его внимания, а другие, напротив, оцениваются чрезвычайно тонко. Из-за яркости одних образов и представлений и бледности других человек с истерическим складом психики сплошь и рядом не видит разницы между фантазией и действительностью, между происшедшим наяву и виденным во сне или, вернее говоря, не в состоянии это сделать.

Они неспособны к систематическому, упорному труду, при выборе рода занятий предпочитают дилетантскую деятельность и пасуют перед задачами, требующими настойчивости, основательных знаний и солидной профессиональной подготовки. Более всего им нравится праздная жизнь с внешней, показной пышностью, разнообразными развлечениями, частой сменой впечатлений. Они охотно и самозабвенно выполняют ритуалы празднеств и банкетов, во всем стремятся следовать моде, посещают пользующиеся успехом спектакли, «боготворят» популярных артистов, обсуждают нашумевшие книги и т. п.

В большинстве своем они доверчивы, легко привязываются к людям. При этом нередко обнаруживается склонность к эротизации межличностных связей; быстро влюбляются, заводя многочисленные, чаще непродолжительные романы, сопровождающиеся поначалу бурными проявлениями чувств. Однако, будучи непостоянными в своих увлечениях, они так же быстро остывают. В более редких случаях образуются стойкие экстатические привязанности, формирующиеся по типу сверхценных образований.

Люди с этим расстройством личности могут привлекать к себе внимание, преувеличивая свои физические недомогания или ощущение собственной слабости. Кроме того, они склонны преувеличивать свои отношения - например, могут считать себя близкими друзьями людей, которые в действительности рассматривают их всего лишь как случайных знакомых.

**Причины истерического расстройства личности**

Большинство теоретиков психодинамического направления считают, что, будучи детьми, люди с этим расстройством сталкивались с нездоровыми взаимоотношениями, при которых холодные и властные родители заставляли их чувствовать себя нелюбимыми и вызывали страх быть отвергнутыми. Чтобы защититься от скрытого страха потери, эти индивидуумы начинали драматизировать ситуацию, выдумывая кризисы, которые побуждали бы окружающих проявлять о них заботу.

Когнитивные объяснения, в свою очередь, уделяют особое внимание отсутствию содержательности и крайней внушаемости, обнаруживаемым среди людей с истерическим расстройством. Согласно теоретикам когнитивного направления, когда люди становятся все более и более эгоцентричными и эмоциональными, у них остается мало возможностей для приобретения знаний о происходящих в мире событиях. Поскольку у них отсутствуют детальные воспоминания о том, чего они никогда не изучали, им приходится полагаться на интуицию или на других людей. Некоторые когнитивные теоретики также полагают, что лица с этим расстройством придерживаются в целом установки, что они не способны о себе позаботиться, и потому постоянно стремятся найти других людей, которые удовлетворят их запросы.

Социокультурные теоретики выдвигают гипотезу, что истерическое расстройство личности может корениться в нормах и ожиданиях общества. Современное общество часто побуждает людей привлекать к себе внимание, придавать черты театральности своей внешности и добиваться восхищения со стороны окружающих. Социокультурные теоретики доказывают, что подобные ценности могут также стать предпосылкой для возникновения истерического и нарциссического расстройств.

**Прогноз при истерической психопатии**

Прогноз при истерической психопатии в целом нельзя считать неблагоприятным. В зрелом возрасте при хороших социальных условиях и трудовой обстановке в большинстве случаев возможна длительная и стойкая компенсация. С возрастом они становятся ровнее и серьезнее, приобретают необходимые трудовые навыки, однако элементы театральности в поведении остаются; прежде всего это сказывается в умении произвести хорошее, выгодное для себя впечатление, возбудить симпатии, а если нужно, то и сочувствие. Наиболее полно при истерической психопатии процессы компенсации протекают в случае преобладания среди психопатических проявлений склонности к разным вегетативным и истерическим пароксизмам (спазмы, ощущение удушья при волнении, тошнота, рвота, афония, тремор пальцев рук, онемение конечностей и другие расстройства чувствительности). Уже к 30—35-летнему возрасту такие психопатические личности в достаточной мере адаптируются к реальной ситуации, могут корригировать свое поведение. В жизни это подчеркнуто обязательные люди, старательные, успешно справляющиеся со своими профессиональными обязанностями, сохраняющие достаточно прочные семейные связи. Однако при таких вариантах истерической психопатии более вероятен риск декомпенсации в пожилом возрасте, что нередко связано с ухудшением соматического состояния (гипертензия, ИБС и другие заболевания) и климаксом. Наряду с нарастающей подавленностью, астенией, слезливостью, тревожными опасениями за свое здоровье на первый план может выдвигаться более стойкая ипохондрическая симптоматика, сопровождающаяся многообразными болями, конверсионными и вегетативными расстройствами.

Менее благоприятен прогноз в случае преобладания в структуре истерической личности склонности к патологическому фантазированию. Такие психопатические личности выделяются некоторыми авторами в отдельную группу — патологические аферисты и псевдологи, мифоманы, лгуны и обманщики. Эти люди лгут с юных лет, иногда без всякого повода и смысла. Некоторые настолько вживаются в созданные их воображением ситуации, что сами в них верят. Одни с упоением могут рассказывать о путешествиях в глухую тайгу в составе геологической экспедиции, в которой они никогда не участвовали; другие, не имея медицинского образования, описывают будто бы произведенные ими сложные хирургические операции. Фантазии иногда превращаются в самооговор с признаниями в вымышленных преступлениях и даже убийствах. Декомпенсации, обычно достаточно частые, наступают либо уже в школьные годы, либо несколько позднее, с переходом к самостоятельной деятельности. В первое время после поступления на работу или перехода на новое место они производят на окружающих впечатление вдумчивых, добросовестных, инициативных, одаренных специалистов. Однако вскоре обнаруживается их полная несостоятельность. Они крайне несерьезно относятся к порученному делу, неспособны к систематическому труду, вместо реальных проблем заняты фантастическими вымыслами. По сравнению с обычными истериками псевдологи более активны в стремлении воплотить в жизнь свои замыслы. Далеко не всегда это невинная ложь. Чаще преследуются определенные корыстные цели, что приводит к столкновению с законом. Из числа псевдологов формируется пестрая галерея мелких мошенников, прорицателей, брачных аферистов, шарлатанов, выдающих себя за врачей, или вымогателей, принимающих ценные подарки и денежные авансы за услуги, которых никогда не смогут оказать.

**Диагностика истерического расстройства личности по МКБ-10**

Расстройство личности, характеризующееся:

самодраматизацией, театральностью, преувеличенным выражением эмоций;

внушаемостью, легким влиянием окружающих или обстоятельств;

поверхностностью и лабильностью эмоциональности;

постоянным стремлением к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, при которой пациент находится в центре внимания;

неадекватной обольстительностью во внешнем виде и поведении;

чрезмерной озабоченностью физической привлекательностью.

Дополнительные черты могут включать эгоцентричность, потворство по отношению к себе, постоянное желание быть признанным, легкость обиды и постоянное манипулятивное поведение для удовлетворения своих потребностей.

Включаются:

истерическая личность;

гистрионная личность.

**Лечение истерического расстройства личности**

Люди с этим расстройством, в отличие от лиц с большинством других расстройств личности, достаточно часто обращаются за помощью. Однако работа с ними может быть очень трудной, поскольку такие клиенты могут привносить в процесс лечения свои требования, капризы и приемы обольщения. Другая проблема состоит в следующем: лица с истерическим расстройством личности могут заявлять, что они сделали для себя важные открытия или, что с ними произошли изменения в период лечения, только для того, чтобы сделать приятное терапевту.

Когнитивные терапевты пытаются помочь людям с этим расстройством изменить взгляд на свою беспомощность и выработать у них более совершенные, более рациональные приемы мышления и решения проблем.

Используется также психодинамическая и групповая терапия.

Во всех этих подходах терапевты рассчитывают на то, что люди осознают свою чрезмерную зависимость, найдут способ получать внутреннее удовлетворение и станут более самостоятельными. Клинические отчеты показывают, что каждый из этих подходов оказывается полезным в определенных ситуациях.

Медикаментозная терапия помогает в меньшей степени, за исключением случаев депрессивных симптомов, наблюдаемых у некоторых пациентов.

**ДИССОЦИАТИВНЫЕ (КОНВЕРСИОННЫЕ) РАССТРОЙСТВА.**

**Клиническая картина**

Клиническая картина диссоциативных и конверсионных расстройств проявляется соматическими и психическими симптомами. Соматические симптомы (часто напоминают неврологическое заболевание) характеризуются внезапным и временным изменением или утратой какой-либо функции тела в результате психологического конфликта (например, психогенный паралич). Психические симптомы также тесно связаны с психологическим конфликтом и характеризуются внезапностью появления и обратимостью.

Конверсия в данном случае означает замещение (конверсию) тревоги соматическими симптомами, которые часто напоминают неврологическое заболевание (например, психогенный паралич). Диссоциация означает происхождение симптомов от недостаточного взаимодействия между различными психическими функциями и проявляется симптомами психических нарушений (например, психогенная амнезия). Альтернативное название этой группы невротических расстройств — истерия. Термин «истерия» исключен из американской классификации и МКБ–10 как «компрометирующий» и заменён на диссоциацию, конверсию, гистрионическое расстройство личности. Тем не менее, этот термин широко применяется отечественными психиатрами.

В американской классификации DSM–IV термины диссоциативный и конверсионный имеют разное значение: понятие конверсионное расстройство используют для определения тех психологически детерминированных расстройств, которые проявляются соматическими симптомами; в то время как понятие диссоциативные расстройства относится к расстройствам, которые проявляются психологическими симптомами (например, амнезия). В МКБ–10 термины «диссоциативные» и «конверсионные» расстройства тождественны.

Диссоциативные (конверсионные) расстройства проявляются прежде всего симптомами соматических и психических нарушений, обусловленными бессознательными психологическими механизмами. Соматические симптомы при этом расстройстве часто схожи с симптомами неврологических заболеваний. Психические симптомы легко принять за проявление другого психического расстройства, например диссоциативный ступор, который наблюдают также при депрессии и шизофрении. Диссоциативные (конверсионные) расстройства не обусловлены соматическими, неврологическими заболеваниями, воздействием психоактивного вещества, не является частью другого психического расстройства.

Исключение соматического заболевания и другого психического расстройства — главное условие для диагностики диссоциативных (конверсионных) расстройств.

Существуют две основные проблемы при диагностике этих расстройств.

1. На начальном этапе заболевания практически невозможно полное исключение соматической патологии, способной вызвать диссоциативные (конверсионные) симптомы. Часто необходимо длительное наблюдение за пациентом, проведение многочисленных диагностических процедур (например, МРТ для исключения опухоли головного мозга), чтобы выставить этот диагноз. Во всех сомнительных случаях лучше остановиться на предварительном диагнозе диссоциативного (конверсионного) расстройства, чтобы не пропустить тяжёлое соматическое заболевание.

2. Во многих случаях трудно определить являются ли симптомы расстройства бессознательными, или сознательными и намеренными (умышленное воспроизведение симптомов в психиатрии называется симуляцией). В большинстве случаев симуляцию наблюдают у находящихся под следствием, заключённых тюрем, солдат срочной службы, а также во время призыва в армию. Больные с диссоциативным (конверсионным) расстройством часто сознательно и умышленно преувеличивают бессознательные симптомы своего заболевания. Тем не менее при диагностике этого расстройства подразумевают существование бессознательного компонента в происхождении симптомов.

Основные клинические особенности

• Диссоциативные (конверсионные) симптомы не являются по сути умышленными и преднамеренными, тем не менее они формируются под влиянием представления больного о том, как должно было бы проявляться физическое заболевание. Как было указано выше, больные диссоциативным (конверсионным) расстройством нередко сознательно и преднамеренно преувеличивают свои симптомы, однако в основе заболевания всегда лежат бессознательные и непреднамеренные психические механизмы. Больные этим расстройством не осознают, какая психологическая основа обусловливает их нарушения, поэтому они не могут управлять ими произвольно. Кроме того, совершенно очевидно, что диссоциативные (конверсионные) симптомы — выражение эмоционального конфликта, т.е. симптомы, как правило, развиваются в тесной связи с психологическим стрессом и часто проявляются внезапно.

• Отсутствие органического этиологического фактора. Наличие в настоящем или прошлом истинных неврологических нарушений или системных заболеваний, влияющих на ЦНС, отмечают у 40% больных диссоциативным (конверсионным) расстройством. Диссоциативные и конверсионные симптомы иногда трудно отличить от соматического или неврологического заболевания, что особенно характерно для пациентов, хорошо информированных о клинической картине и течении этих заболеваний. Но при медицинском осмотре и обследовании пациента не выявляют каких-либо явных соматических или неврологических нарушений. Следует помнить, что диагноз диссоциативного (конверсионного) расстройства устанавливают только при отсутствии физических или неврологических нарушений или при отсутствии этиологической связи с этими нарушениями.

• Несоответствие клинической картины диссоциативного (конверсионного) расстройства клинической картине схожих соматических и неврологических заболеваний. Диссоциативные (конверсионные) проявления не соответствуют симптомам истинных неврологических расстройств, отражая наивные представления больных об анатомической иннервации (например, характерная анестезия конечности; гемианестезия с границей чувствительности, проходящей точно по срединной линии). Это несоответствие крайне важно при уточнении диагноза.

• Идентификация. Больные часто бессознательно копируют симптоматические проявления, наблюдаемые ими у окружающих, которые для пациентов крайне значимы, например родители. Таким образом пациенты как бы идентифицируют себя с этими людьми. Типичны случаи когда, например, после смерти отца у взрослой дочери развивается диссоциативный паралич, схожий по клинической картине с таковым, наблюдавшимся у отца перед смертью.

• Первичная выгода заключается в том, что при помощи процессов диссоциации и конверсии больному подсознательно удаётся избежать внутренних психологических конфликтов; например при диссоциативной амнезии из памяти пациента выпадают наиболее неприятные события.

• Вторичная (социальная) выгода заключается в том, что больные получают существенные преимущества в результате своей болезни. Больным удаётся избежать обязательных и трудных житейских ситуаций, потому что им всё прощается; со стороны окружающих они получают помощь, поддержку и внимание, которые без этого не получили бы; пациенты, используя своё состояние, могут манипулировать чувствами других людей. Например, диссоциативный паралич помогает пациенту отказаться от нежелательного для него ухода за пожилым родственником. У пациента обычно отсутствует адекватное осознание вторичной выгоды. Несмотря на характерность вторичной выгоды для диссоциативных и конверсионных расстройств, она не может быть использована при постановке диагноза.

**Типы диссоциативного (конверсионного) расстройства**

Различают двигательные, сенсорные диссоциативные расстройства и диссоциативные расстройства с психическими симптомами.

• К двигательным нарушениям при диссоциативном (конверсионном) расстройстве относят ступор, паралич, нарушения походки, тремор и тики, афония и мутизм, судороги

•• Диссоциативный ступор. Поведение больного соответствует критериям ступора: резко уменьшаются или отсутствуют произвольные движения и реакции на внешние стимулы (например, свет, шум, прикосновение). Больной длительное время неподвижен, отсутствуют речь и спонтанные и целенаправленные движения

•• Диссоциативный паралич проявляется в невозможности совершать движения какой-либо частью тела. Паралич вызван одновременным сокращением мышц-сгибателей и мышц-разгибателей (которые не парализованы). Паралич может охватывать одну, две или все четыре конечности, хотя распространение поражения не соответствует иннервации. Рефлексы не изменены, отсутствуют патологические рефлексы; фасцикуляции, признаки мышечной атрофии, изменения тонуса; на электромиограмме не обнаруживают патологических изменений

•• Диссоциативные нарушения походки. Походка некоординированная, атаксическая, шатающаяся и сопровождается выраженными, нерегулярными, дёргающимися движениями корпуса, а также беспорядочными движениями и размахиванием рук. Больные с диссоциативными нарушениями походки падают редко, а если падают, то обычно не получают повреждений. Нарушения походки усиливаются, когда на больного окружающие обращают внимание

•• Диссоциативный тремор часто бывает грубого характера и распространяется на всю конечность. Диссоциативный тремор усиливается при привлечении внимания к больному. При диссоциативном расстройстве также наблюдают и диссоциативные тики. При появлении у больного тремора и тиков необходимо исключить неврологическое заболевание, т.к. хореоатетоидные движения органической этиологии легко ошибочно принять за психогенные симптомы

•• Диссоциативные афония и мутизм не сопровождаются заболеваниями полости рта, голосовых связок

•• Диссоциативные судороги необходимо дифференцировать от истинных эпилептических припадков. При диссоциативных судорогах больные не теряют сознания во время приступа и сохраняют память на события этого периода; не характерна стереотипность движений. Больные с диссоциативными судорогами редко ударяются головой во время падения; судорожные движения театральны и всегда возникают в присутствии других лиц; при диссоциативных судорогах не наблюдают цианоза, непроизвольных мочеиспускания и дефекации, прикуса языка. В большинстве случаев отсутствует пароксизмальная активность на ЭЭГ (необходимо учесть, что у 10–15% взрослого населения наблюдают отклонения на ЭЭГ).

• К сенсорным диссоциативным нарушениям относят гиперестезию, парестезию, анестезию, слепоту, глухоту и туннельное зрение. Основные отличия этих расстройств от органических заболеваний заключаются в том, что их распространённость не соответствует иннервации, степень выраженности этих нарушений изменчива, симптомы расстройства могут уменьшаться при внушении и самовнушении

•• Анестезия, парестезия и гиперестезия при диссоциативном (конверсионном) расстройстве не соответствуют иннервации; симптомы чаще отмечают в конечностях. Парестезии и гиперестезии больными описываются, как правило, чувством боли или жжения. Например, можно наблюдать характерную парестезию конечностей по типу «чулок» и «носков»; гемианестезию с границей чувствительности, проходящей точно по срединной линии

•• Диссоциативные глухота, слепота и тоннельное зрение. Эти симптомы могут быть унилатеральными или билатеральными. Однако при неврологическом осмотре обнаруживают сохранность сенсорных путей. При конверсивной слепоте, например, больные могут передвигаться без посторонней помощи, зрачки хорошо реагируют на свет.

• Диссоциативные расстройства с психическими симптомами

•• Диссоциативная амнезия (психогенная амнезия) — внезапная потеря больным памяти, обусловленная стрессом или травмирующим событием. Под влиянием психотравмирующей ситуации «выпадает», «вытесняется» из памяти всё, что с ней связано. Иногда больной временно забывает не только какой-то эпизод или отдельные события, но и всю свою жизнь вплоть до собственных имени и фамилии. Сознание больного не нарушено, он осознаёт потерю памяти, сохранена способность к усвоению новой информации. В период амнестического эпизода пациент может выглядеть дезориентированным, спутанным, бесцельно блуждающим, не узнавать хорошо ему знакомые лица. Иногда внешне пациент может сохранять привычное поведение и удовлетворительно выполнять какую-либо повседневную деятельность. Амнезия может приносить пациенту как первичную (например, утрата памяти о смерти близких), так и вторичную выгоду (например, удаление солдата в состоянии амнезии из зоны боевых действий). Диссоциативные амнезии обычно недлительны и кончаются полным восстановлением памяти. Расстройство обычно наблюдают во время войны или стихийного бедствия, чаще у молодых женщин

•• Диссоциативная фуга (психогенная реакция бегства, диссоциативная реакция бегства) характеризуется неожиданно совершаемой человеком поездкой или даже путешествием в состоянии, соответствующем диссоциативной амнезии. В отличие от психогенной амнезии, больной во время эпизода фуги не осознает расстройства памяти и внешне не выглядит дезориентированным. Пациент может считать себя совершенно другим человеком и заниматься совсем другим делом. Длительность фуги обычно составляет несколько часов/дней. Редкие случаи могут затягиваться на несколько месяцев, за которые иногда больной успевает проехать тысячи километров. Завершение эпизода, как и начало, происходит внезапно, часто на выходе из ночного сна. Характерна последующая частичная или полная потеря памяти на своё прошлое, во многих случаях без осознания этой потери

•• Диссоциативный ступор (истерический ступор, психогенный ступор, псевдокататонический ступор, эмоциональный ступор) также имеет психогенное происхождение; проявляется выраженной психомоторной заторможённостью, сопровождающейся мутизмом, выраженным аффективным напряжением. Мимика — выразительная, отражает аффект (страдание, отчаяние, злоба). При напоминании о психологической травме у пациентов учащается пульс, на глаза наворачиваются слёзы, вздрагивают веки и крылья носа. Характерна сохранность нормального мышечного тонуса, дыхания, способности самостоятельно поддержать вертикальное положение тела

•• Синдром Ганзера — редкое состояние, при котором диссоциативное нарушение памяти сопровождается психогенными соматическими симптомами, зрительными галлюцинациями и сумеречным помрачением сознания. Расстройство чаще регистрируют у мужчин, особенно среди заключённых. При синдроме Ганзера иногда наблюдают мимоговорение (миморечь) — неправильные ответы на простые вопросы (на вопрос «Сколько будет дважды семь?» больной отвечает «Пятнадцать»)

•• Расстройство в форме множественной личности (диссоциативное расстройство идентификации) — исключительно редкое состояние, при котором происходит идентификация человека с несколькими личностями, которые как бы существуют в нём одном; каждая из них периодически доминирует, определяя его взгляды, поведение и отношение к самому себе так, как если бы другие личности отсутствовали. Различные личности могут иметь разные физиологические характеристики, например им нужны разные рецепты на очки; возможны разные ответы на психометрическое тестирование, например различные личности могут иметь разный IQ. Личности могут принадлежать к разному полу, иметь разный возраст и относиться к различным национальностям, у каждой из них обычно есть своё имя или описание. В период преобладания одной из личностей пациент не помнит своей исходной личности и не осознаёт существования других личностей. Имеется тенденция к внезапному переходу от доминирования одной личности к доминированию другой

•• Диссоциативное расстройство в виде транса. Расстройство сознания со значительным снижением способности реагировать на внешние раздражители. Состояние транса наблюдают у медиумов во время спиритических сеансов, у лётчиков во время длительных перелётов вследствие монотонности движения при высоких скоростях и однообразия зрительных впечатлений, что может привести к авиакатастрофам. У детей такие состояния могут наступать после физического насилия или травмы. Особые состояния одержимости наблюдают в определённом регионе или в условиях той или иной культуры, например «амок» у малайцев (внезапный приступ ярости с последующей амнезией, во время которого больной бежит, уничтожая всё на своём пути, до тех пор, пока не искалечит или не убьёт себя), «пиблокто» у эскимосов (приступы возбуждения с последующей амнезией, во время которых больные кричат, имитируют звуки животных, срывают с себя одежду).

**Дифференциальная диагностика**

В большинстве случаев наибольшие проблемы вызывает исключение органических заболеваний ЦНС. Например, слабость отмечают при миастении, миопатиях и рассеянном склерозе. Неврит зрительного нерва может быть ошибочно принят за диссоциативную слепоту. Симптомы и признаки, не соответствующие анатомическим структурам или известным патофизиологическим механизмам каких-либо заболеваний, а также варьирующие от одного обследования до другого, скорее обусловлены диссоциативным расстройством, чем соматическим заболеванием. Таким образом, во всех случаях необходимо проведение тщательного соматического и неврологического обследования больного. Симптомы. которые исчезают под влиянием гипноза, внушения или при внутривенном введении барбамила, также скорее всего являются психогенными.

При проведении дифференциальной диагностики диссоциативного (конверсионного) расстройства необходимо учесть следующие клинические особенности.

• Возраст начала заболевания. Диссоциативные расстройства чаще всего впервые обнаруживают в возрасте до 40 лет.

• Появление симптомов провоцируют стрессовые ситуации. Если такие ситуации отсутствуют, то диагноз расстройства сомнителен. Однако сами по себе стрессовые ситуации не доказывают диагноз диссоциативного расстройства, т.к. они часто предшествуют соматическим заболеваниям.

• Вторичная выгода (см. выше). При отсутствии вторичной выгоды диагноз диссоциативного расстройства следует пересмотреть. Однако присутствие только вторичной выгоды не доказывает диагноз расстройства, т.к. иногда пациенты с соматическими заболеваниями используют своё состояние для достижения каких-либо целей (например, пособия по инвалидности).

**Лечение**

Прежде всего необходимо по возможности устранить травмирующие обстоятельства либо смягчить их влияние. Иногда положительное воздействие оказывает перемена обстановки. Главное место в лечении диссоциативных расстройств отводят психотерапии, в частности рациональной. Пациенту необходимо деликатно объяснить, что симптомы вызваны не соматическим заболеванием, а психологическими причинами, например можно сказать больному, что у него всё в порядке, что все болезненные симптомы со временем пройдут и что ему показано лечение с помощью психологических методов. Если сказать таким больным, что все их жалобы являются плодом воображения, это приводит не к улучшению, а к ухудшению. Многократные настойчивые и целенаправленные беседы с больным способствуют выработке у него правильного отношения к причинам заболевания.

Психологическое лечение. Метод выбора — психоаналитическая психотерапия. В некоторых случаях успешными оказываются гипноз и поведенческая психотерапия. Важное условие успешного лечения — изучение социальной ситуации больного с целью устранения вторичных выгод от заболевания.

Лекарственная терапия играет незначительную роль в лечении диссоциативных расстройств, кроме тех случаев когда конверсионные симптомы возникают вторично и обусловлены депрессивными расстройствами. При выраженной тревоге рекомендуют транквилизаторы, например диазепам 2–10 мг внутрь 2–4 р/сут (длительное лечение не показано из-за высокого риска развития зависимости). При депрессивных состояниях назначают антидепрессанты, например флуоксетин 20–40 мг/сут.

Тактика ведения. У большинства больных на фоне лечения наступает улучшение. При отсутствии эффекта от терапии необходимо ещё раз исключить возможность соматического заболевания. Для лечения диссоциативных расстройств применяются более короткие и директивные методы психотерапии. Чем больше времени такие больные находятся в роли больных, тем хуже они поддаются терапии.

Прогноз обычно благоприятен

• В большинстве случаев конверсивные симптомы непродолжительны, внезапно начинаются и так же внезапно заканчиваются

• Длительно текущие диссоциативные расстройства, сочетающиеся со вторичной выгодой, плохо поддаются терапии

• Диссоциативная амнезия — внезапное окончание расстройства, немногочисленные рецидивы

• Диссоциативная фуга — обычно кратковременное нарушение, выздоровление наступает спонтанно и быстро, редкие рецидивы

• Диссоциативное расстройство идентификации — наиболее тяжёлое из диссоциативных расстройств с наибольшей вероятностью хронического течения. Больные с диссоциативными расстройствами личности на протяжении всей жизни, оставаясь внешне абсолютно здоровым, могут страдать от депрессивных состояний.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Этапы развития учения об истерических состояниях.

Выделяют три этапа в развитии учения об истерических стояниях:

1-й этап — предыстория

(с древних времен до середины прошлого столетия);

2-й этап—клиникоописательвый

(с 50-х годов Х века до начала ХХ века);

З-й этап—современный.

В ряде монографических исследований содержится подробное изложение исторических взглядов на истерию, что в существенной степени облегчает освещение этой проблематики.

Первый этап учения об истерии характеризуется разрозненностью клинических представлений [по данным П. Жане (1911), к 1847г. существовало около 50 определений истерии] и отсутствием строго научных теорий, объясняющих этиологию и патогенез данного заболевания. На втором этапе осуществлено «фундаментальное дело, дело клиники; с необыкновенным терпением и пронинкновенностью все великие клиницисты внесли порядок в этот истинный хаос, распределив симптомы по отдельным, различным между собой группам». На этой основе в начале текущего столетия в рамках «большой истерии», описанной французскими исследователями Шарко и Рише, выделены различные формы ее проявления — психотическая, невротическая и психопатическая.

Центральной проблемой третьего этапа являются детальная систематика истерических состояний с позиций клитнико-динамического и патогенетического анализа, углубленное изучение семиологии истерической личности, разработка дифференциально-диагностических критериев и совершенствование на этой основе профилактических, реабилитационных мероприятий. Огромный вклад в решение этих вопросов внесли работы П. Б. Ганнушкина (1908, 1933) и О. В. Кербикова (1952, 1965, 1971).

Проблема систематики истерических состояний является весьма актуальной для всей пограничной психиатрии. В Международной статистической классификации психических заболеваний Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выделены истерический невроз (300.1) и истерические личностные расстройства (300.5).

Принятая в настоящее время в США систематика нервно-психических расстройств содержит соответствующую рубрику «Личностные расстройства», в том числе нарцистический, пассивно-агрессиввый типы, конверсионные расстройства (или истерический невроз), соматизированные нарушения. W.Coryell, D. House (1984), отмечая обоснованность широкого определения истерии в данной систематике, указывают на психофиозиологическое отличие больных с этой патологией от нормальных и психически больных лиц. Р.Schneider (1966) говорит о близости истерического невроза и истерической личности: они составляют «центральное ядро» истерии. Наряду с этим проводится грань между ними: невроз — это обратимое (функциональное) состояние, психопатия — это длительное аномальное состояние. S. Zisook, R.De Vau (1978) в градацию истерической личности вводят понятие «здоровый истерик».

Для последующей плодотворной разработки вопроса классификации истерических состояний чрезвычайно важным представляется положение О. В. Кербикова (1971) о том, что одной из отличительных особенностей «малой», пограничной, психиатрии является нечеткость границ между отдельными клиническими формами, которые «не столько разъединяют, сколько соединяют».

В широком спектре пограничных нервно-психических расстройств им выделены самые различные по тяжести, длительности и устойчивости клинических проявлений невротические и психопатические состояния, среди которых особо важное значение для ранней диагностики и профилактики имеет описание преневротических и препсихопатических состояний [Кербиков О. В., 1960,1962]. Вместе с тем, существующие классификации пограничных нервно-психических расстройств, по справедливому замечанию Г. К. Ушакова (1978), настолько пестры и фрагментарны, что ни одна из них не может служить основой для единой систематики.

Б. Д. Карвасарский (1980) считает, что разработка классификации с учетом не только клинических особенностей, но и этиопатогенетических механизмов в их биологических, психологических и социальных аспектах представляет задачу будущего. С этим положением можно согласиться лишь частично. Решать данную задачу надо уже сейчас, поскольку систематика и патология пограничных состояний помогают выработке теоретических конструкций (в частности, выяснению сложных причинно-следственных взаимосвязей), осуществлению лечебно-диагностических мероприятий (прежде всего в аспекте массовой диспансеризации населения), оптимизации реабилитационных программ, позволяющих сократить сроки и повысить качество социотерапевтических вмешательств.

В целом истерические психозы представляют собой неоднородные по своей клинической картине психотические состояния (сумеречное помрачение сознания, псевдодеменция, пуэрилизм, синдром бредоподобных фантазий, ступор), возникающие по единому истерическому механизму, которые в большинстве случаев невозможно четко разграничить [Смулевич Л. Б., 1983]. В зависимости от тяжести и длительности реакций бывает либо сочетание различных истерических расстройств, либо последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие. Так, по наблюдениям Н. И. Фелинской (1968), структура истерического ступора включает рудиментарную симптоматику, свойственную предшествовавшим формированию синдрома состояниям (пуэриализму, псевдодеменции и др,)

D W . АЬsе (1966) в понятие истерии, помимо истерических личностных и соматических расстройств, включает фуги, сомнамбулизм, амнезии. К. Н. Wormser (1985) рассматривает нарушения памяти как конверсии, вызванные эмоциональной дестабилизацией. Следует подчеркнуть, что перечисленные истерические психотические состояния в мирное время чаще всего наблюдаются в условиях судебно-психиатрической экспертизы (тюремная истерия по Э. Крепелину). Сообщений о формировании и динамике истерических психозов, возникающих в повседневных условиях, весьма мало. Очевидно, это привело к выводу, что «практическая ценность» концепция истерического психоза представляется сомнительной.

Определение граней между различными стадиями истерического невроза, поиск опорных пунктов для их динамического рассмотрения составляют один из важнейших разделов учения о неврозах.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. «Большой психологический словарь». Сост.: Мещеряков Б.,

Зинченко В. Олма-пресс. 2004.

2. Зачепицкий Р. А. Психотерапия истерии.—

В кн.: Руководство по психотерапии. М., 1994.

3. Каравирт К. А. Психотерапия больных истерическим

неврозом в за­висимости от особенностей клинической

картины и характерологических свойств

личности.— Журн. невропатол. и психиатр.

1980, № 11, с. 1706—1709.

4. Кернберг, Отто. Агрессия при расстройствах личности

и перверсиях — Москва: Класс, 2001. — 368 с.

5. Кернберг, Отто. Отношения любви, норма и патология

— Москва: Класс, 2006. — 256 с.

6. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Учебное пособие

по медицинской пси­хологии.— М, 1996.

7. Мак-Вильямс, Нэнси. Психоаналитическая

диагностика: Понимание структуры личности

в клиническом процессе — Москва: Класс, 2001. — 480 с.

8. Медицина критических состояний. Общие проблемы.

Зильбер А.П., Петрозаводск, издательство ПГУ, 1995.

9. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ. /Под ред.

Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза. – М.: Медицина, 2001.

10. Овсянников С. А. Вяло протекающая шизофрения

с истериформными проявлениями.—

Журн. невропатол. и психиатр. 1970, № 7.

11. Павлов И. П. Проба физиологического

понимания симптоматологии истерии.— Л , 1932.

12. Отто Ф. Кернберг: «Тяжелые личностные расстройства».

М. «Класс». 2001.

13. Семке В. Я.Истерические состояния /АМН СССР; —

М: Медицина, 1988.—224 с.

14. Фильц А. О. Истерическая психопатия.

Типологические аспекты.— Журн. Невропатол.

и психиатр., 1988, № 3.

15. Ю.В. Попов, В.Д. Вид Современная клиническая

психиатрия - М.: "Экспертное бюро-М", 1997. - 496 с.