

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава  
России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав. кафедрой: доцент, д.м.н. Березовская М.А.

### **Реферат**

На тему: «Этиопатогенез и история диагностики конверсионных(диссоциативных)  
расстройств»

Выполнила: Бондарева А.С.

Красноярск 2020 г

## Содержание:

1. Введение
2. Актуальность
3. Основная часть:
  - 3.1. Основные понятия и формулировка определения синдрома.
  - 3.2. История изучения феномена «истерия» и формирование представлений о клинической картине синдрома.
  - 3.3. Дифференциальная диагностика
  - 3.4. Современные представления о клинической картине
4. Заключение
5. Список литературы

## Введение

Конверсия и диссоциация традиционно привлекали внимание психиатров как классические проявления «истерии», типичные проявления одноименного личностного расстройства и психологические защитные механизмы в структуре широкого круга психической патологии. Во второй половине XX-го века был констатирован патоморфоз клинических проявлений истерических расстройств, выразившийся в соматизации, психологизации и интеллектуализации патологических расстройств, а также значительном уменьшении грубых классических форм (припадки, парезы, параличи, хронические психотические формы). Разворачивались активные дискуссии о соотношении функциональных и органических моментов по этиологии, о таксономии расстройств. В МКБ-10 истерическая патология представлена помимо двух рубрик личностных расстройств, в 33 рубриках соматоформных, невротических, постстрессовых и аффективных расстройств. Наблюдение за данной патологией в течение последних 15 лет привлекало внимание клиническим патоморфозом рядом обстоятельств: увеличением синдромальной представленности конверсивно-диссоциативной патологии, как самостоятельного расстройства, так и в структуре полиморфных невротических состояний и аффективных расстройств, ростом регрессивных классических вариантов конверсивно-диссоциативных приступов и транзиторных психотических эпизодов, и, кроме того, трансформацией семантики конверсивно-диссоциативных расстройств, отражающих архаическую деструкцию социальных связей и их переход в виртуальное существование, в сравнении с наблюдавшимися ранее закодированными посланиями, символическим исполнением желаний и «бегством» от проблем. Все это обуславливает важность углубления знаний о подобных расстройствах и на современном этапе диагностики.

### Актуальность

Полиморфизм клинических проявлений и разнообразность соматических эквивалентов конверсионных расстройств, варьирующихся по тяжести проявлений и, зачастую, «маскирующихся» под терапевтические патологии, обуславливают актуальность изучения истории исследования данных состояний для оптимизации диагностики и лечения подобных расстройств.



## Основные понятия и формулировка определения синдрома

Обратимся к понятиям, формулирующим определение данного синдрома. Конверсия (лат. *conversio* – изменение) – это процесс отщепления аффективной реакции от содержания психической травмы и попытка разрешения ее посредством различных симптомов – соматических, моторных или сенсорных. Конверсия существует в трех вариантах: 1. Как механизм психологической защиты. 2. Преобразование психической энергии в соматические симптомы. 3. Символизация соматических симптомов, отражающая лежащий в их основе внутренний конфликт. При этом, диссоциация (лат. *dissociatio* – разъединение, разделение) – это механизм психологической защиты, при котором происходит нарушение интегрированности функций сознания, осознания своего поведения, что ведет к обособлению данных функций, их уходу из сферы сознательного контроля и процесса воспроизведения памяти. Диссоциация обеспечивает раздельное, параллельное протекания психических процессов. Выделяют семь адаптивных функций диссоциаций: автоматизация поведения, экономичность и эффективность деятельности, разрешение непереносимых конфликтов, катарсическая разрядка аффектов, уход от повседневной реальности, изоляция катастрофических переживаний, усиление «стадных» чувств. С точки зрения американского психоаналитика Н. Мак-Вильямс «диссоциация» относится к «первичным» защитами, она характеризуется глобальностью, психотической природой, а ее использование включает пограничные поведенческие паттерны.

Ознакомившись с данными понятиями, можно сформировать определение конверсионных (диссоциативных) расстройств как группы заболеваний, выражающихся в утрате сознательного контроля над памятью и ощущениями, с одной стороны, и над контролированием движений тела – с другой. Ранее данные расстройства квалифицировались как различные формы истерии. В настоящее время термин «истерия» исключен из классификаций и заменен на «конверсию» и «диссоциацию», но мы продолжаем использовать его в психиатрической и неврологической практике, наблюдая характерную клиническую картину.

## История изучения феномена «истерии» и формирования представлений о клинической картине синдрома

Изучение истерических расстройств становилось предметом исследований с начала формирования медицины как науки, однако под пристальное внимание ученых истерия попала только в XIX в. Феномен «истерии» и по сей день является одной из наиболее труднодиагностируемых явлений, что связано с полиморфными проявлениями истерических симптомов. В современной трактовке истерических состояний сохраняется отсутствие единого подхода, что связано с различными дефинициями истерических расстройств, согласно нескольким международным классификациям.



Исторический анализ изучения истерии позволяет выделить три этапа в развитии учения об истерических состояниях: 1-й этап – предыстория (с древних времен до середины XIX в.); 2-й этап – клиничко-описательный (с 50-х гг. XIX в. до начала XX в.) и 3-й этап – современный. Наибольший вклад в изучение психопатологической картины истерических расстройств внесли Ж. Шарко, П. Жане, З. Фрейд, Э. Кречмер, И.П. Павлов, Э.Б. Дубницкая, А.Б. Смулевич, А. Якубик, В.Я. Семке. Первый этап изучения истерии характеризуется разнообразием клинических взглядов и представлений, но отсутствием четких научных теоретических определений, объясняющих этиологические и патогенетические механизмы данного заболевания. По данным французского психиатра Пьера Жане, к 1847 г. существовало около 50 определений истерии. На втором этапе было осуществлено «фундаментальное дело, дело клиники; с необыкновенным терпением и проникновенностью все великие клиницисты внесли порядок в этот истинный хаос, распределив симптомы по отдельным, различным между собой группам» (П. Жане). Основываясь на проделанной работе, в начале XX в. в рамках «большой истерии», описанной французским исследователем Жаном Шарко, были выделены некоторые формы ее проявления – психотическая, невротическая и психопатическая. Основным звеном изучения истерических расстройств на третьем этапе являлась их детальная систематика с позиции клиничко-динамического и патогенетического анализа, углубленное изучение одноименного расстройства личности, разработка дифференциально-диагностических критериев и совершенствование профилактических и реабилитационных мероприятий.

Если говорить об отечественной психиатрии, то здесь традиционно преобладал нозологический подход в изучении истерических состояний, таких как истерический психоз, истерический невроз и истерическая психопатия. Основываясь на многолетнем клиничко-динамическом и нейрофизиологическом исследовании истерических состояний (неврозы, психопатии и реактивные психозы), В.Я. Семке установил их нозологическое единство, представленное в рамках «истерической болезни», обоснованием для чего послужила общность этиологических, патогенетических и предрасполагающих факторов, которые реализовывались в ситуациях нарушенных интерперсональных отношений различной степени значимости и выраженности, и приводили к возникновению истерической патологии с соответствующим психофизиологическим механизмом. Были выделены некоторые критерии: для невротического регистра характерно «бегство в болезнь», для психотического – возникновение диссоциации сознания «уход из действительности», а для психопатического – жажда внимания, имитации шаблонов окружающей среды, проявление глубинных защитных инстинктов.



В отдельных исследованиях широко обсуждаются теоретические аспекты феномена истерии с точки зрения антропологической психиатрии, классического психоанализа, неопсихоанализа и бихевиоризма. Надо отметить, что исследования последних лет уделяют внимание в основном вопросам узконаправленных специфических тенденций, касающихся проявлений истерии в рамках заболеваний невротического регистра, в то время как истерические расстройства, формирующиеся в структуре эндогенных психических заболеваний (непрерывной шизофрении, приступообразной, приступообразно-прогредиентной, вялотекущей, а также аффективного регистра), их патоморфоз и динамика не находят должного отражения в современных публикациях этого века.

Однако проявления конверсионных расстройств в клинике эндогенных заболеваний с приступообразным или фазным течением остается весьма малоизученной областью. В 1900 г. L. Morawitz занимался изучением двигательных нарушений при кататонии и истерии, их дифференциальной диагностике. Он описывал случаи «деградации истерических припадков в шизофренические». А в 1923 г. Э. Кречмер описывал схожесть гипобулических проявлений при кататонической шизофрении и истерии. Н. Varuk в 1952 г. в том же вопросе отмечал сходство истерии и кататонии в их «псевдосимулятивных» чертах, а различия в интенсивности соматоформной симптоматики. Изучением тяжелых форм психозов с продромальными явлениями в виде истерических расстройств занимался М. Urstein в 1922 г. В 1911 г. С.А. Сухановым была написана работа по изучению псевдоневротических расстройств при слабоумии с симптомокомплексом истерических нарушений. Н. Еу в 1936 г. выделял облигатные симптомы для шизофренического процесса с расстройствами, сходными с истерическими, которые включали эксцентричность поведения, психопластические иллюзии, элементы внушения, мифоманические выдумки, бегства, амнезии по типу отвержения воспоминаний, приступы конвульсий, напоминающие состояния каталепсии, с театральностью и гиперэкспрессией.

Истерические расстройства особенно часто наблюдаются при тревожных депрессиях с ажитацией, смешанных аффективных состояниях, в том числе психотического уровня, при хронических депрессиях, а также в виде стойких истеродепрессивных синдромах (Пшеничных И.В., 2006). Включение истерической симптоматики в клинику депрессии может отражать сочетание эндогенизации и наличие ананкастно-гистрионной структуры личности. Стоит упомянуть о феномене хронической истерической дисфории, являющейся декомпенсацией депрессивного расстройства личности, выделенного еще в 1964 г. П.Б. Ганнушкиным (Klein D.F., 1997). В структуре сниженного аффекта доминирует придирчивость, сварливость, брюзжание, недовольство, внешние проявления депрессии гиперболизируются. Негативные социальные



последствия представлены алкоголизмом, наркоманией, промискуитетом, деформацией производственных отношений (Смулевич А.Б., 2003). В структуре психогенных аффективных состояний выделяется истерический вариант, в котором преобладает многогранность и выразительность клинических симптомов, протекающих на фоне таких диссоциативных проявлений, как сумеречное помрачение сознания, псевдодеменция и пуэрилизм. А.Б. Смулевичем было установлено, что истерические психозы представляют собой неоднородные по своим клиническим проявлениям психотические состояния (пуэрилизм, псевдодеменция, сумеречное помрачение сознания, синдром бредоподобных фантазий, ступор, фуга, транс), в свою очередь возникающим по единому истерическому механизму, которые «в большинстве случаев невозможно четко разграничить». Также, возможна последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие в зависимости от длительности течения и тяжести психотравмирующего фактора.

В современной литературе XXI в. резюмировано, что, несмотря на многообразие истерических расстройств возникают они по единому истерическому механизму – при совместном воздействии культуральных, социальных и интерперсональных факторов на личность. Гоше о развитии истерической реакции писал, что та является «ненормальным способом реакции на требования жизни». При достаточной силе переживаний каждый человек склонен к возникновению истерических реакций. В работах П. Жане, З. Фрейда, Э. Кречмера, И.П. Павлова выделяется утверждение, что истерическая реакция является защитным психическим механизмом, включающим в себя: простые оборонительные аффекты или действия; инстинктивное использование примитивного самосохранения при помощи автоматического разряда моторных, чувствительных и аутогипноидных механизмов; сознательное использование примитивного самосохранения с переходом к симуляции. Данная реакция является не просто инстинктивной, а архиинстинктивной, более сложным взаимодействием рационального, инстинктивного и рефлекторного механизмов. И, в зависимости от тяжести и длительности реакций, формируется либо сочетание различных истерических расстройств, либо последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие.

Надо сказать, определение патогенетического механизма возникновения истерических состояний представляет собой наиболее сложный раздел современных исследований. Большой вклад в этом вопросе принадлежит И.П. Павлову, полагавшему, что «истерия представляет собой продукт слабого – общего типа в соединении с художественным. При слабости второй сигнальной системы и преобладании первой и подкорковой деятельности эти люди живут ярко окрашенной эмоциональной жизнью, выражая типичный случай войны эмоций и жизненных впечатлений».



Согласно электрофизиологическим исследованиям конверсионных расстройств В.В. Бобковой, было выявлено повышение амплитуды медленной активности, усиление гиперсинхронных генерализованных альфа- и сигма-волн, что свидетельствовало о некоторой дезактивации коры большого мозга. М.П. Невский и Иваницкий в своих работах выявляли у больных истерическими психопатическими реакциями угнетение или отсутствие альфаритма. В исследованиях Р. Abely и I. Richardegu при диссоциативных расстройствах отмечалась нейровегетативная блокада, которая рассматривалась как реакция инстинктивно-аффективного типа. Наряду с этими исследованиями L. Israel и соавт. не обнаружили при истерических состояниях отличия от статической ЭЭГ здоровых людей, однако отмечали вариабельность картины ЭЭГ на протяжении всего исследования и от одного сеанса к другому. V. Buscaino, R. Balbi, T. Pariante, S. Rigotti, в свою очередь, обнаружили колебания электролитного равновесия, вегетативные и эндокринные дисфункции Д.Е. Альпери, Н.А. Иванов, Р.Ф. Коканбаева определили в крови больных психическими расстройствами истерического невротического регистра понижение активности холинэстеразы и повышение содержания ацетилхолина. А.В. Ульянова и Т.С. Агеева в своих исследованиях, наоборот, установили повышение показателей холинергической активности крови. Позднее исследователями патогенеза реактивных истерических состояний было обнаружено нарушение обмена биогенных аминов. При изучении нейрогуморальных показателей у больных истерическими расстройствами затрагивался, как правило, вопрос об участии в патогенезе лишь одной из нейромедиаторных систем.

Резюмируя вышеизложенное, можно утверждать, что в настоящее время отсутствует четкая позиция относительно феноменологии, этиологии, патогенеза и терапии истерических состояний. В какой-то мере сохранено положение, отмеченное еще в 1913 г. Э. Крепелином: «Нет более спорного понятия как по содержанию, так и по объему, чем понятие истерии».

### Дифференциальная диагностика

Существенной проблемой дифференциальной диагностики истерических расстройств является их сочетание с аффективными и психосоматическими расстройствами – органическая (так называемая «симптоматическая истерия»), когда истерические проявления выступают «маской» другого заболевания. Также, неоднозначно трактуется роль истерического расстройства личности в генезе симптомов и ее влияние на клиническую картину и течение основного эндогенного заболевания. В патогенезе и течении истерических расстройств истерическое расстройство личности не всегда является условием появления истерического синдрома, поскольку истерические расстройства могут возникать у больных с различными личностными акцентуализациями, при этом,



поведение, характерное для истерической личности, зачастую, может искажать симптоматические проявления психических и соматических расстройств, затрудняя распознавание собственно формирования истерических синдромов. Немаловажным оказывается сочетание истерических расстройств типа чувствительно-двигательных дисфункций с эндогенной депрессией, различными формами шизофрении, опухолями мозга, генерализованными органическими нарушениями различной этиологии, эпилепсией, посттравматическими синдромами, алкоголизмом, хроническим галлюцинозом и столь же мало применимы в практике». Одной из главных проблем изучения истерии является постоянный клинический патоморфоз данного расстройства, связанный с социальной и культуральной динамикой развития общества, изменениями личностного ценностного регистра в сторону утончения интерперсональных факторов, характера зависимостей и потребностей, что четко отмечается на протяжении XX–XXI вв. С конца XX столетия зарегистрировано уменьшение частоты «больших» истерических припадков и исчезновение массовых истерий. Якубик описывал уменьшение числа проявлений истерической психотической симптоматики (припадков, сумеречных расстройств сознания, галлюцинаций воображения), которые замещались в последние десятилетия невротическими формами истерических расстройств, органически-психогенными дисфункциями, что свидетельствует об увеличении проявлений невротической истерической симптоматики. Мнения множества клиницистов об уменьшении проявления истерических расстройств за последние десятилетия основываются на недоучете роли широких эпидемиологических исследований в пограничной психиатрии, а также возникающих трудностей в дифференциации истерических расстройств.

Резюмируя вышесказанное, нужно сказать, что для истерических нарушений типичны обратимость нервно-психических расстройств и отсутствие видимых патоморфологических изменений в нервной системе при внешнем многообразии проявлений, таких как психические, моторные, сенсорные, вегетативно-висцеральные расстройства. Возвращаясь к самому понятию «конверсионных» (диссоциативных) расстройств, следует отметить, что те характеризуются эпизодическим появлением различного набора симптомов конверсии и диссоциации на фоне аффективной неустойчивости, экспрессивности болезненного поведения, его жесткой обусловленностью психогенными моментами, элементами демонстративности и манипулятивности, ее развитием и обогащением в соответствии с поисковой информационной активностью пациентов и ведущей темой болезни, ими создаваемой. Наиболее частыми симптомами при таких расстройствах выделяют следующие: «ком в горле», онемение конечностей, половины лица или всего тела, широкий спектр состояний трактуемых как «предобморочные», нарушение речи (заикание, селективный мутизм), провалы в памяти, широкий



спектр проявлений болевого синдрома с различной семантикой, разнообразные жалобы функционального характера со стороны всех органов, малые истерические припадки (псевдотетанические мышечные судороги, смех, плач, обмороки, задержки дыхания), истерическая деперсонализация, диссоциативная дезинтеграция личности с эпизодами фрагментированности с частичной амнезией.

Продолжая проблему семантики и терминологии истерических расстройств, следует отметить соматизированное расстройство, как правопреемник классического синдрома Брике, которое характеризуется длительным (более 3х лет) персистированием комплекса мультиорганных функциональных синдромов на астено-субдепрессивном фоне, с тревогой, вторичной ипохондризацией и соматизацией. Синдром конверсии отличался непрерывностью, с варьирующей интенсивностью и широким спектром симптоматики. При этом, диссоциативные симптомы носили кратковременный эпизодический характер, создавая предпосылки к углублению субъективной тяжести переживаний фобическими расстройствами. В это же время, в структуре тревожно-фобических расстройств конверсивно-диссоциативный синдром является компонентом значимых переживаний, отражает уязвимость защитных механизмов и непременно включается в структуру панических атак, агорафобию, развиваясь на высоте аффектов в конфликтных ситуациях созвучных основному интрапсихическому конфликту. Конверсивно-диссоциативные симптомы в рамках расстройств адаптации сводятся к кратковременному появлению единичных симптомов на массивную психотравму (мутизм, парезы, нарушения координации, нарушения чувствительности, слепота, потеря обоняния и чувства вкуса) на фоне соматизированной тревоги и астенической субдепрессии. В структуре истерического расстройства личности конверсивно-диссоциативные проявления наблюдаются преимущественно в фазе декомпенсации и носят более длительный и брутально-утрированный характер, сочетаясь с фобически-ипохондрическими расстройствами, соматизированной тревогой, аффективной неустойчивостью. А клиника органических диссоциативных расстройств характеризуется сочетанием большого количества симптомов соматизированной тревоги, конверсивных расстройств с органической симптоматикой. Острые и транзиторные психотические расстройства, развивающиеся вследствие острых и подострых психогений (триада Ясперса), характеризуются психомоторным возбуждением, тяжелыми конверсивными симптомами, дезинтеграцией, дезорганизацией сознания, диссоциированностью.

Так же, в исследованиях обращает на себя внимание увеличение объема конверсивно-диссоциативных расстройств (среди общего количества больных) за последнее десятилетие примерно в 1,5 раза по сравнению с предыдущим



десятилетием, а количество классических форм конверсии и диссоциации в 2 раза. Соотношение полов (мужчины-женщины – 1:3), как и средний возраст остаются неизменными. Интересным является анализ психотравмирующих моментов, где на первое место вышли социальные стрессовые факторы, приближающиеся к масштабам психической эпидемии, особенно в прослеживаемой следующей цепи событий: коровий энцефалит – гонконгский грипп – птичий грипп – глобальный экономический кризис – свиной грипп – конец света 2012 – политический кризис в Украине 2014 – жесткая информационная война (нестабильность в мире, локальные военные конфликты, санкции и проблемы экономики). В клинике современной истерии органично уживаются рафинированная интеллектуализация аффектов с соматизацией, грубыми конверсивными знаками и трансформирующейся диссоциацией. Последняя становится неременным атрибутом современной жизни, наполняется виртуализацией реальности и созданием параллельных сознаний (интернет, телекоммуникации), наряду с усилением интереса к альтернативным состояниям сознания: гипноз, медитация, воздействие на психику немедикаментозными средствами (инфра-, ультразвук, видеоряд для индукции трансовых состояний). Диссоциация же становится не только защитным, адаптивным фактором, но и своего рода вредной привычкой, патологическими стереотипами современного человека, ведущей к маргинализации сознания и привычному опыту пограничных состояний у практически здоровых лиц. Таким образом, прогрессивное развитие диссоциативных навыков ведет к защитному регрессу сознания, что созвучно с возвратом к регрессивным конверсионным формам защиты, так как мозг современного человека не справляется с переизбытком информации, густо приправленной противоречиями ввиду манипулятивного характера различных ее источников. Если ранее конверсия служила соматическому разрешению конфликтов, то теперь она является соматической платой за относительную сохранность сознания, бегством в телесность от неразрешимости ментальных проблем. В то же время, диссоциация служила уходу от конфликтов путем их расщепления с реальностью, то теперь – она является путем ухода от реальности в комфортные субъективные миры.

### Современные представления о клинической картине

Распространенность конверсионных расстройств в общей медицинской практике составляет примерно 2-20%. Результаты исследований клинических проявлений конверсионных расстройств свидетельствуют о тенденции отчетливого их видоизменения, в частности в форме нарастающего преобладания соматизированных эквивалентов. Поэтому в МКБ-10 висцеральные конверсионные расстройства отнесены в раздел соматизированных и соматоформных расстройств. Главный признак подобных



расстройств - повторяющиеся физические симптомы при отсутствии соматической основы для их возникновения.

В клинической практике принято выделять двигательные и сенсорные конверсионные расстройства, а также диссоциативные расстройства с психическими симптомами. Согласно национальному руководству и DSM - Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам. Методом структурированного интервью были выделены десять групп клинических проявлений конверсионных расстройств, составляющих синдром Брике (Guze S.B., Cloninger C.R., Martin R.L., Clayton P.J., 1986):

- головная боль, слабость;
- слепота, паралич, анестезия, афония, припадки или судороги, нарушения сознания, амнезия, глухота, задержка мочи, нарушения походки; Можно выделить некоторые особенности конверсионных парезов (в сравнении с органическими): - психогенные больные чаще жалуются на слабость; - парезы в руках чаще латерализованны, а в ногах обычно выявляются с двух сторон; - при объективном исследовании слабость в конечностях более выражена и шире по локализации; - «зубчатой слабости»; - часто псевдопарезы развиваются на фоне диффузной мышечной гипотонии и симметричной гиперрефлексии, возможны патологические позы и контрактуры; - характерны сочетания с другими психогенными симптомами на той же стороне тела: болевыми, чувствительными, двигательными (тремор, псевдогемиспазм и др.).
- утомляемость, ком в горле, обмороки, неясность визуального восприятия, слабость, дизурия; • трудности дыхания, тахикардия, приступы тревоги, боли в груди, головокружения;
- анорексия, потеря массы тела, заметные колебания массы тела, тошнота, вздутие живота (урчание), непереносимость некоторых видов пищи, понос, запор;
- боли в животе, рвота;
- дисменорея, нерегулярность менструаций, аменорея, внезапные кровотечения;
- сексуальная индифферентность, фригидность, диспареуния, другие сексуальные расстройства, рвота в течение девяти месяцев беременности;
- боли в спине, боли в суставах, жгучие боли в половых органах, во рту, в прямой кишке, другие боли;
- нервозность, депрессия чувств, страхи, потребность оставить работу или неспособность регулярно выполнять свои обязанности из-за слабости,



слезливость, ощущение безнадежности, мысли о смерти как об избавлении, желание смерти, суицидальные мысли и попытки.

Все представленные критерии отражают полиморфизм и соматизированность проявлений конверсионных расстройств, что затрудняет диагностику и дальнейшее лечение данных состояний.

### Заключение

В заключение можно сказать, что конверсионные (диссоциативные) расстройства, ранее известные как «истерические расстройства», отличаются полиэтиологичностью происхождения и полиморфизмом проявлений, что исторически значительно затрудняло изучение и диагностику данных расстройств, порождая множество теорий и исследований, тем самым давая толчок к развитию современной психиатрической науки, что обуславливает важность изучения этих и других состояний и по сей день.



Список литературы:

1. Попов С.М. История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах. *ПСИХИАТРИЯ*. 2019;17(4):90-101.
2. Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 608 с. ISBN 978-5-9986-0243-6
3. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова ; отв. ред. Ю. А. Александровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с. ISBN 978-5-9704-4017-9
4. Психопатология и феноменология современных конверсивно-диссоциативных расстройств. Ганзин И.В. Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета. Серия: Педагогика. Психология. 2017. № 1 (7). С. 44-53.
5. Дубницкая Э.Б., Жилин В.О. Истерия между неврологией и психиатрией. Рецензия на отдельный (35-й) том периодического издания «Границы неврологии и нейронаук» – «Истерия: возвращение загадки». Под ред. J.Bogousslavsky (Hysteria: The Rise of an Enigma. Ed. J.Bogousslavsky, Basel, Karger, 2014). Психические расстройства в общей медицине. 2017; 3–4: 57–62.
6. Соматоформные расстройства // Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).—Женева, ВОЗ.—1995.—С. 424– 462.