

Истерические и коморбидные психические расстройства в амбулаторной неврологической практике

Л. В. Ромасенко¹, В. В. Вандыш-Бубко¹, С. С. Никитин²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского»
Минздрава России; Россия, 119991 Москва, Кропоткинский пер., 23;

²Региональная общественная организация «Общество специалистов по нервно-мышечным болезням»,
Медицинский центр «Практическая неврология»; Россия, 117258 Москва, ул. Кржижановского, 17/2

Контакты: Любовь Владимировна Ромасенко lromasenko@mail.ru

Введение. Особые диагностические проблемы истерии обусловлены ее чрезмерной изменчивостью, что и объясняет традиционную неоднозначность представлений о ее сущности, специфические проблемы диагностики. Известно, что значительное число пациентов с конверсионными и диссоциативными расстройствами обращаются в неврологические клиники, составляя особый контингент «трудных больных».

Цель исследования — выяснение на современном этапе клинико-динамических закономерностей истерических расстройств (с учетом временного патоморфоза) для обоснования их психопатологической сущности, оптимальной лечебно-диагностической тактики в отношении соответствующего контингента больных.

Материалы и методы. В 2016–2018 гг. в Медицинском центре «Практическая неврология» обследованы 80 пациентов (71 женщина, 9 мужчин) в возрасте от 17 до 72 лет. Критерии включения в группу: наличие в картине болезни истерической симптоматики в качестве ведущего расстройства, соответствие известным в клинической практике критериям трудного пациента. Критерии исключения: наличие органической патологии нервной системы или иных клинических причин, способных вызвать подобные симптомы. Из-за специфики актуальных жалоб (соответствующих таковым при конверсионных и соматоформных расстройствах), пациенты на условиях информированного согласия прошли консультацию психиатра. Обследование проводилось путем сбора анамнестических сведений у пациентов и заинтересованных близких; диагностика выявляемых расстройств осуществлялась в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), с использованием краткой шкалы оценки психического статуса MMSE (Mini-mental State Examination). Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета программ Statistica 10. rus. Сравнительное частотное исследование проводилось с помощью углового преобразования Фишера — критерий ϕ^* ; достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Истерические расстройства у обследованных пациентов были дифференцированы в пределах 4 кластеров: 1) расстройства двигательной сферы ($n = 24$ (30 %)); 2) расстройства чувствительной сферы ($n = 29$ (36,2 %)); 3) соматоформные расстройства ($n = 5$ (6,3 %)); 4) диссоциативные расстройства ($n = 22$ (27,5 %)). Коморбидные психические расстройства у обследованных были представлены в виде: 1) аффективных расстройств F30–39 ($n = 42$ (52,5 %)); 2) расстройств шизофренического спектра F20–29 ($n = 20$ (25 %)); 3) расстройств личности F60–69 ($n = 14$ (17,5 %)); 4) органических психических расстройств F00–09 ($n = 3$ (3,75 %)); 5) посттравматического стрессового расстройства F43 ($n = 1$ (1,3 %)). Истерические расстройства обнаруживают высокую коморбидность с иными психическими расстройствами — прежде всего аффективными, расстройствами шизофренического спектра и личностной патологией. Характер коморбидной патологии определяет клинико-динамические закономерности истерических синдромов, приоритетные диагностические проблемы, терапевтическую тактику.

Заключение. Повышению эффективности лечебно-диагностической помощи пациентам с истерическими и коморбидными психическими расстройствами способствует междисциплинарный подход.

Ключевые слова: истерические расстройства, коморбидная психическая патология, пациенты амбулаторной неврологической практики, междисциплинарный подход

Для цитирования: Ромасенко Л. В., Вандыш-Бубко В. В., Никитин С. С. Истерические и коморбидные психические расстройства в амбулаторной неврологической практике. Нервно-мышечные болезни 2019;9(2):37–42.

DOI: 10.17650/2222-8721-2019-9-2-37-42

Hysterical and comorbid mental disorders in outpatient neurological practice

L. V. Romasenko¹, V. V. Vandysh-Bubko¹, S. S. Nikitin²

¹V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation;
23 Kropotkinsky per., Moscow 119991, Russia;

²Association of Neuromuscular Disorders Specialists, Medical Center “Practical Neurology”;
Build. 17/2, Krzhizhanovskogo St., Moscow 117258, Russia

Introduction. Particular problems in diagnosing hysteria are determined by its inordinate changeability, which explains the traditional ambiguity of ideas concerning its essence and the specific diagnostic problems. As we know, a significant number of patients with conversion and dissociative disorders present at neurological clinics, thus constituting the distinct cohort of “difficult patients”.

Study aim. Identifying the current clinical-dynamic regular patterns of hysterical disorders (taking into account the temporal pathological morphosis) for purposes of providing substantiation for their psychopathological essence and the optimal therapeutic-diagnostic tactics in respect of the pertinent cohort of patients.

Materials and methods. Between 2016 and 2018 at the “Practical Neurology” Medical Center we have examined 80 patients (71 women and 9 men) aged between 17 and 72. The criteria for inclusion into this group were the presence of hysterical symptoms as the main disorder in the clinical picture, and meeting the criteria for being the so-called «difficult patient», which are well-known in clinical practice. After having excluded the presence of organic neurological pathology, and taking into account the specifics of their current complaints (which correspond to conversion and somatoform disorders), the patients have been seen by a psychiatrist on condition of having obtained their informed consent. The examination was carried out by means of collecting anamnestic data from patients and people closely involved with them. Disorders were diagnosed in accordance with the ICD-10 criteria and with the use of the brief scale for assessing the mental status of MMSE (Mini-mental State Examination). Statistical processing of obtained data has been carried out with the use of Statistica 10. rus software. Comparative study of frequencies has been carried out with the F-test – ϕ^* criterion; differences with $p < 0.05$ were seen as reliable.

Results. Hysterical disorders in the examined patients have been differentiated within four clusters: 1) motor disorder ($n = 24$ (30 %)); 2) sensory disorders ($n = 29$ (36.2 %)); 3) somatoform disorders ($n = 5$ (6.3 %)); and 4) dissociative disorders ($n = 22$ (27.5 %)). Comorbid mental disorders in the examinees were represented by: 1) affective disorders F30–39 ($n = 42$ (52.5 %)); 2) schizophrenia spectrum disorders F20–29 ($n = 20$ (25 %)); 3) personality disorders F60–69 ($n = 14$ (17.5 %)); 4) organic mental disorders F00–09 ($n = 3$ (3.75 %)); 5) posttraumatic stress disorder F43 ($n = 1$ (1.3 %)). Hysterical disorders manifest high comorbidity with other mental disorders, above all, – the affective ones, schizophrenia spectrum disorders, and the pathology of personality. The nature of comorbid pathology determines the clinical-dynamic regular patterns of hysterical syndromes, the diagnostic problems of prime concern, and the tactics of therapy.

Conclusion. Interdisciplinary approach contributes to improving the effectiveness of therapeutic-diagnostic assistance provided to patients with hysterical and comorbid mental disorders.

Key words: hysterical disorders, comorbid mental pathology, patients in the outpatient neurological practice, the interdisciplinary approach

For citation: Romasenko L.V., Vandysh-Bubko V.V., Nikitin S.S. Hysterical and comorbid mental disorders in outpatient neurological practice. *Nervno-myshechnye bolezni = Neuromuscular Diseases* 2019;9(2):37–42.

Введение

Особые диагностические проблемы истерии обусловлены ее чрезмерной изменчивостью, что и объясняет традиционную неоднозначность представлений о ее сущности – истерия как отдельное заболевание, как неспецифическая реакция, синдром [1], а также существование у каждого поколения психиатров собственного понимания истерии [2]. Развитие ее диагностической концепции [3–6] идет параллельно с концепцией соматизации – сближаются категории оценки расстройств, представления о механизмах их формирования, психиатрическая модель болезни истерии замещается соматизированной. Известно, что пациенты с конверсионными и диссоциативными расстройствами часто обращаются за помощью в неврологические клиники [7, 8], где эти нарушения получили название функциональных неврологических симптомов и синдромов [9]. Таким образом, истерические расстройства, которые в свое время, по образному выражению Ж.-М. Шарко, разделили неврологию и психиатрию на 2 медицинские дисциплины, вновь входят в неврологическую практику. Сходные тенденции находят отражение и в клинической медицине в целом: миграция больных с истерическими расстройствами из психиатрической практики в общемедицинскую, актуальность маскированных расстройств истерического генеза, – все

это затрудняет клиническую оценку и терапию состояний с истерическими расстройствами в картине болезни.

Цель настоящего исследования – выяснить на современном этапе клинико-динамические закономерности истерических расстройств для обоснования их психопатологической сущности, оптимальной лечебно-диагностической тактики в отношении соответствующего контингента больных.

Материалы и методы

Настоящее исследование носило выборочный характер. Критерии включения в группу обследованных с учетом актуальной практики были следующие: амбулаторный контингент пациентов, обращение за медицинской помощью к неврологу, соответствие известным в клинической практике критериям «трудного пациента», наличие в картине болезни истерической симптоматики в качестве ведущего расстройства. В период с 2016 по 2018 г. в Медицинском центре «Практическая неврология» обследовано 80 пациентов (71 женщина, 9 мужчин) в возрасте от 17 до 72 лет. Средний возраст обследованных женщин – $43,2 \pm 12,2$ года, мужчин – $36,7 \pm 8,8$ года. Из них 42 пациента (52,5 %) имели высшее образование и большинство были заняты квалифицированным трудом (2 пациента имели инвалидность в связи с неврологическим заболеванием).

Преобладали лица, состоящие в браке ($n = 56$ (70 %)). Все пациенты в анамнезе были обследованы неврологом. За психиатрической помощью в прошлом обращались 14 пациентов (17,4 %), в том числе лечились в психиатрических стационарах – 7 (8,7 %). Клиническая оценка исследованных расстройств осуществлялась в соответствии с известным алгоритмом [10, 11], на 1-м этапе которого (негативная диагностика) оценивается роль органической патологии как причинного фактора предъявляемых симптомов, на 2-м – решается задача исчерпывающей клинической оценки собственно истерического расстройства (диагностика позитивная). С учетом характера предъявляемых жалоб (разные двигательные, чувствительные расстройства), предположительных диагностических соображений в анамнезе всем пациентам было проведено неврологическое обследование в соответствии со стандартами для исключения демиелинизирующего заболевания центральной и периферической нервной системы, болезни мотонейрона, первично-мышечной патологии и др. По результатам обследования пациентов (после исключения неврологического заболевания), а также с учетом специфики их актуальных жалоб (соответствующих таковым при конверсионных и соматоформных расстройствах) все пациенты на условиях информированного согласия были направлены на консультацию к врачу-психиатру. Показателен высокий в этом отношении уровень комплаентности обследованных при том, что их внутренняя картина болезни отражает, тем не менее, приоритетность неврологического заболевания и, соответственно, вторичный характер психологических проблем (как реакцию на болезнь), а в меньшей мере – допущение вероятности какого-либо психического расстройства. Об актуальности проблемы психических расстройств у пациентов в неврологической практике (истерических, в частности) можно судить по таким показателям, как частота направления на консультацию к психиатру, удельный вес случаев с выявленной актуальной (требующей оказания медицинской помощи) психической патологией и с истерической симптоматикой как ведущими расстройствами в клинической картине. Исследованная группа в этом отношении характеризуется следующими показателями: 9, 81, 19,4 % соответственно (от числа случаев с актуальной психической патологией). Психиатрическая диагностика выявляемых расстройств осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10 [12] с использованием краткой шкалы оценки психического статуса (Minimal State Examination, MMSE) [13].

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием пакета программ Statistica 10. rus. Сравнительное частотное исследование проводилось с помощью углового преобразования Фишера – критерий ϕ^* , достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Исторические расстройства у обследованных пациентов с учетом ведущих клинических проявлений были дифференцированы в пределах 4 кластеров:

- 1) расстройства двигательной сферы;
- 2) расстройства чувствительной сферы;
- 3) соматоформные расстройства;
- 4) диссоциативные расстройства.

Расстройства двигательной сферы ($n = 24$ (30 %)) были представлены в виде таких конверсионных проявлений, как тремор, судороги, блефароспазм, атаксия по типу корковой (астазия-абазия), парез, нарушения походки, афония, камптокормия. Известная полиморфность клинических проявлений истерии имела место и на уровне перечисленных симптомов. Несколько чаще ($n = 29$ (36,2 %)) у обследованных пациентов ведущими были расстройства чувствительности: ком в горле, тошнота, рвота, болевые ощущения, парестезии, онемение и др., а также различные сочетания этих симптомов. Соматоформные расстройства представляли собой нарушение глотания, дыхания (гипервентиляционный синдром), сердцебиение и лабильность артериального давления. Нарушения мочеиспускания (длительная задержка мочи) в этой группе выявлялись значительно реже ($n = 5$ (6,3 %)), что понятно с учетом того обстоятельства, что этот контингент больных может считаться типичным для общесоматической практики, в отличие от указанных выше пациентов с псевдоневрологической картиной болезни. В 22 (27,5 %) наблюдениях в качестве ведущих нарушений (наиболее значимых для пациента в соответствии с его представлениями о собственной болезни) выступали диссоциативные расстройства: истерические пароксизмы (обмороки, приступы несистемных головокружений, псевдоэпилептические припадки, развернутые припадки), психогенно спровоцированные приступы по типу панических атак, преходящая псевдодеменция. Отличительной особенностью этих состояний была гротескность клинических проявлений, по существу, их архаичность, что особенно контрастировало с отмеченными выше социальными характеристиками обследованных в целом (уровень образования, социальной адаптации).

Коморбидные психические расстройства у обследованных были представлены в виде:

- 1) аффективных расстройств F30–39;
- 2) расстройств шизофренического спектра F20–29;
- 3) расстройств личности F60–69;
- 4) органических психических расстройств F00–09;
- 5) посттравматического стрессового расстройства (иные психические расстройства) F43.

Аффективные расстройства как коморбидная патология у обследованных встречались наиболее часто ($n = 42$ (52,5 %)) в форме биполярного аффективного расстройства ($n = 15$ (18,8 %)), рекуррентного депрессивного расстройства ($n = 12$ (15 %)), депрессивного

эпизода ($n = 10$ (12,5 %)), циклотимии ($n = 5$ (6,3 %)). Истерические расстройства у этой группы пациентов в половине наблюдений сосуществовали с актуальной аффективной патологией, с такой же частотой они оформлялись в виде масок депрессии. Первый клинический вариант по результатам обследования представляется более тяжелым за счет характерной коморбидности истерических расстройств с такими психическими нарушениями как тревожно-фобические, панические (эквивалент истерического припадка), ипохондрические. Истерические расстройства как маски депрессии выражались затруднением глотания, «комом в горле», тошнотой, рвотой, приступами кашля с одышкой, удушьем, необъяснимыми болевыми ощущениями, парестезиями, судорогами, астазией-абазией. Диссоциативные расстройства у пациентов с коморбидной аффективной патологией были представлены истерическими пароксизмами: псевдоэпилептическими припадками, внезапно возникающими приступами головокружения, дезориентации, повышенной чувствительности «всего тела», безудержного плача, сменяющегося хохотом. Сравнительно редкие соматоформные истерические расстройства в случае их коморбидности с аффективной патологией каждый раз обуславливали специфические дифференциально-диагностические проблемы: необходимость исключения тяжелых соматоневрологических расстройств (например, новообразования у пациента с длительной постоянной задержкой мочи, ежедневной катетеризацией). Типичная для пациентов с истерическими и коморбидными аффективными расстройствами ипохондричность в ряде наблюдений сосуществовала с известным феноменом «прекрасного равнодушия» по П. Жане — психологически малопонятным игнорированием болезни при постоянном поиске ее причин. Расстройства шизофренического спектра, коморбидные истерическим, у 20 (25 %) обследованных были чаще представлены шизотипическими их вариантами ($n = 13$ (16,3 %)) по сравнению с манифестными формами шизофрении ($n = 7$ (8,8 %)). Специфика истерической симптоматики при шизотипических расстройствах, по данным исследования, состоит в преобладании диссоциативных нарушений и расстройств двигательной сферы, отчетливой гротескности клинических проявлений, чужаковатости, инфантильности реакций пациентов, а также в несоответствии низкого уровня их социальных достижений общему статусу (образовательному в том числе). Обращала на себя внимание и их эмоциональность: парадоксальность, подчас неадекватность, что традиционно считается патогномичным для шизофрении. Показательно, что пациенты этой группы (с истерическими расстройствами, коморбидными шизотипическим) достоверно чаще имели психиатрический анамнез — осматривались (особенно, в детском возрасте) по поводу разнообразных квазипсихотических состояний — страхов, мутизма, афонии и др.,

стойких проблем адаптации. Тем не менее шизотипическая природа расстройства в анамнезе, как правило, установлена не была. По данным исследования, стержневым расстройством, в структуре которого происходит становление заболевания с фасадной истероформной симптоматикой, можно считать истероипохондрию. Ее особенность — отмеченный вычурный характер ощущений, жалоб, некомплаентность в отношении как обсуждаемой диагностической концепции, так и рекомендуемого лечения. При анализе анамнестических данных и по результатам оценки актуального психического состояния у этих пациентов выявлены и другие патологические переживания — отношения, ревности, колдовства, порчи, собственной значимости и др. Та же особенность клинического оформления истероформных расстройств (несоответствие критериям неврологического заболевания) имела место и в случаях манифестной шизофрении. В отличие от пациентов с шизотипическим расстройством, истероформная симптоматика в этом случае была динамичной в соответствии с закономерностями течения базисного расстройства (этапом клинической динамики, характером ведущего психопатологического синдрома). На этапе манифеста болезни, рецидива психотического приступа истероформные расстройства (преимущественно диссоциативные) при всей их яркости, гротескности не были, однако, структурированы, носили преходящий характер в соответствии с динамикой ведущего психопатологического синдрома (аффективного, аффективно-бредового). На этапе устойчивой ремиссии с дефектом клиническое оформление истероформных расстройств напоминало таковое у пациентов с базисным шизотипическим, но еще в более гротескном, подчас нелепом оформлении (например, нарушение прямохождения, отказ от самостоятельного передвижения при сохранности более тонких и сложных движений). Расстройства личности ($n = 14$ (17,5 %)) у обследованных пациентов были представлены следующими вариантами: истерический ($n = 5$), сенситивно-шизоидный ($n = 5$), тревожно-мнительный ($n = 4$). У всех пациентов с детства выявлялась склонность к истероневротическим, позже — к патохарактерологическим реакциям. К 25 годам можно было говорить о сложившейся структуре личностного расстройства со специфической динамикой: преимущественными формами реагирования, склонностью к состояниям декомпенсации, существенными проблемами социального функционирования. На определенном этапе динамики личностного расстройства, как правило, на фоне субъективно значимых переживаний (разлад в семье, болезнь, утрата близких, конфликты на работе, финансовые потери) выявлялись и фиксировались конверсионные (ком в горле, тошнота, рвота, астазия-абазия, судороги и боли в мышцах), диссоциативные расстройства (обмороки, панические атаки). Подобная манифестация заболевания в большей части случаев

носила отчетливый ятрогенный характер. Отличительная особенность клинического оформления развивающегося расстройства — раннее присоединение ипохондрических переживаний. В отдельных случаях в качестве коморбидной психической патологии у обследованных были выявлены органическое психическое расстройство (органическое резидуальное изменение центральной нервной системы) ($n = 3$ (3,8 %)), посттравматическое стрессовое расстройство ($n = 1$ (1,2 %)). Истерическая симптоматика у всех обследованных была представлена гротескными расстройствами двигательной, чувствительной сфер.

В таблице приведены результаты статистического анализа относительно выявленных достоверных различий частоты встречаемости отдельных диссоциативных и конверсионных синдромов при попарном сравнении выборок с актуальной психической патологией.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что истерические расстройства обнаруживают высокую коморбидность с определенными психическими расстройствами, — прежде всего аффективными, расстройствами шизофренического спектра и личностной патологией. Определенная автономность диссоциативных расстройств в этом отношении может быть объяснена известными тенденциями патоморфоза — дезактуализацией этих архаичных форм истерических реакций.

Заключение

Сегодня в амбулаторной неврологической практике даже с учетом известных тенденций истинного патоморфоза (исчезновение архаических форм истерических реакций) представлены практически все клинические варианты истерических расстройств. Это можно объяснить спецификой фасадной симптоматики (расстройства двигательной, чувствительной сфер), формирующейся у пациента соответствующей внутренней картиной болезни (неврологическое расстройство). Клиническая картина у пациентов с актуальной истерической симптоматикой полиморфна как за счет сосуществования расстройств в отдельных сферах, так и в связи с коморбидностью этой патологии с психическими расстройствами иного регистра (прежде всего аффективными, личностными, расстройствами шизофренического спектра). По образному выражению А. Крауз (1996), метаморфоза «райской птицы» (истерии) состоит в ее растворении в других психических расстройствах. Пациенты с истерическими и коморбидными психическими расстройствами представляют собой типичную когорту «трудных больных». Рациональная организация лечебно-диагностической помощи таким больным может быть осуществлена на междисциплинарном уровне (интеграция усилий невролога и психиатра).

Частота встречаемости диссоциативных синдромов с учетом коморбидной психической патологии обследованных
The frequency of occurrence of dissociative syndromes, taking into account the comorbid mental pathology examined

Коморбидная психическая патология Comorbid mental pathology	Истерические расстройства (абс., %) Hysterical disorders (abs., %)			
	двигательной сферы motor sphere	чувствительной сферы sensitive sphere	соматоформные somatoform	диссоциативные dissociative
Аффективные расстройства Affective disorders	12 (50,0)	19 (65,5)	3 (60,0)	8 (36,4)
Расстройства шизофренического спектра Schizophrenic spectrum disorders	7 (29,3)	1 (3,4)	2 (40,0)	10 (45,5)
Личностные расстройства Personality disorders	2 (8,3)	8 (27,6)	—	4 (18,1)
Иные расстройства Other disorders	3 (12,5)	1 (3,4)	—	—
<i>p</i> по критерию Фишера <i>p</i> by Fisher criterion	**	* ** ***	** ****	—

Примечание. Достоверные различия при попарном сравнении групп по критерию Фишера в интервале достоверности $p \leq 0,01$: *аффективные расстройства/расстройства шизофренического спектра; **аффективные расстройства/личностные расстройства; ***аффективные расстройства/иные; ****расстройства шизофренического спектра/личностные расстройства.

Note. Significant differences in pairwise comparison of groups according to the Fisher criterion in the confidence interval $p \leq 0.01$: *affective disorders/schizophrenic spectrum disorders; **affective disorders/personality disorders; ***affective disorders/other; ****schizophrenic spectrum disorders/personality disorders.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ромасенко Л.В. Патоморфоз истерических расстройств. Материалы конференции «X клинические Павловские чтения. Выпуск 10-й». Санкт-Петербург, 2006. С. 20–25. [Romashenko L.V. Pathological morphosis of hysterical disorders. X clinical Pavlovian readings. Tenth issue.] Patomorfoz istericheskikh rasstroistv. Conference proceedings “X klinicheskiye Pavlovskiyе chteniya. Issue 10th”. Saint-Petersburg, 2006. P. 20–25. (In Russ.)].
Жане П. Неврозы. М.: Космос, 1911. 315 с. [Janet P. Neuroses. Moscow: Kosmos, 1911. 315 p. (In Russ.)].
2. Якубик А. Истерия (методология, теория, психопатология). М.: Медицина, 1982. 44 с. [Jakubik A. Hysteria (methodology, theory, psychopathology). M.: Medicine, 1982. 44 p. (In Russ.)].
3. Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988. 224 с. [Semke V.Ya. Hysterical states. M.: Medicine, 1988. 224 p. (In Russ.)].
4. Woodruff R., Clayton P., Guze S. Hysteria: Studies of diagnosis, outcome, and prevalence. JAMA 1971;215:425–8. DOI: 10.1001/jama.1971.03180160025006. PMID: 5107385.
5. Stone J., Carson A., Duncan R. et al. Symptoms “unexplained by organic disease” in 1144 new neurology outpatients: how often does the diagnosis change at follow-up? Brain 2009;132:2878–88. DOI: 10.1093/brain/awp220. PMID: 19737842.
6. Lempert T., Dieterich M., Huppert D., Brandt T. Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum. Acta Neurol Scand 1990;82: 335–40. DOI: 10.1111/j.1600-0404.1990.tb03312.x. PMID: 2281751.
7. Reynolds E.H. Hysteria, conversion and functional disorders: A neurological contribution to classification issues. Br J Psychiatr 2012;201:253–4. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.107219. PMID: 23028080.
8. North C.S. The classification of hysteria and related disorders: historical and phenomenological considerations. Behav Sci 2015;5(4):496–517. DOI: 10.3390/bs5040496. PMID: 26561836.
9. Дюкова Г.М. Основные принципы диагностики истерии в неврологии. Избранные лекции. М.: Эйдос-Медиа, 2006. С. 316–337. [Dyukova G.M. The main principles of diagnosing hysteria in neurology. Selected lectures. M.: Eidos-Media, 2006. P. 316–337. (In Russ.)].
10. Дюкова Г.М., Голубев В.Л., Погромов А.П., Мнацаканян М.Г. Функциональные расстройства: систематика клинических проявлений и патогенез. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2016;12:137–44. [Dyukova G.M., Golubev V.L., Pogromov A.P., Mnatsakanyan M.G. Functional disorders: pathogenesis and systematic of clinical presentation. Zhurnal Nevrologii i Psihiatrii = Neurology and Psychiatry Journal 2016;12:137–44. (In Russ.)].
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб.: Оверлайд, 1994. 303 с. [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Saint Petersburg: Overlaid, 1994. 303 p. (In Russ.)].
12. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12(3):189–98. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6. PMID: 1202204.

Вклад авторов

Л.В. Ромасенко: научное руководство исследованием, разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, сбор и анализ материалов;

В.В. Вандыш-Бубко: участие в анализе собранных данных, редактирование текста рукописи;

С.С. Никитин: разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи, сбор и анализ материалов, редактирование текста рукописи.

Authors' contributions

L.V. Romashenko: scientific management of research, developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, collection and analysis of materials;

V.V. Vandysh-Bubko: participation in the analysis of obtained data, editing the text of article;

S.S. Nikitin: developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, collection and analysis of materials, editing the text of article.

ORCID авторов/ORCID of authors

Л.В. Ромасенко/L.V. Romashenko: <https://orcid.org/0000-0002-3586-6336>

В.В. Вандыш-Бубко/V.V. Vandysh-Bubko: <https://orcid.org/0000-0003-2809-0653>

С.С. Никитин/S.S. Nikitin: <https://orcid.org/0000-0002-6672-1623>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Статья поступила: 25.03.2019. Принята к публикации: 04.06.2019.

Article received: 25.03.2019. Accepted for publication: 04.06.2019.