Днепропетровский национальный университет

Медицинский факультет

# По истории медицины

На тему:

*“****ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ***

## *ОБ ИСТЕРИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ЧЕЛОВЕКА”*

Студентки гр. СЛ-02-01

Хоменко Ольги Анатольевны

Днепропетровск

2002

**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) и

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 1847 г. 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 пре психопатических состояний [Кербиков О. В., 1960, 1962]. Вместе с тем существующие классификации пограничных нервно-психических расстройств, по справедливому замечанию Г. К. Ушакова (1978), настолько пестры н фрагментарны, что ни одна из них не может служить ос новой 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 по граничных 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.

Новые возможности в изучении истерических состояний открывает динамическое направление, оказавшееся перспективным как в области общей [Ганнушкин П. Б., 1933; Кербиков О. В., 1962, 1968; Гиндикин В. Я., 1963; Коркина М. В., 1968; Лакосина Н.Д, 1970; Ковалев В. В., 1972, 1979; Белов В. П., 1974; Ушаков Г. К., 1978], так и судебной [Фелинская Н. И., 1963, 1968; Морозов Г. В., 1968, 1971; Печерникова Т. П., 1969; Шубина Н. К., 1970] психиатрии. Наиболее полно изучена динамика истерических психозов в судебно-психиатрической практике, являющейся, по выражению Е. К. Краснушкина (1960), «истинной матерью реактивных психозов> Г. В. Морозов (1963, 1968) при непрогрессирующем однотипном течении реактивных психозов со сменой на всех этапах болезни синдромов истерической структуры наблюдал ведущее значение истерических механизмов: истерическая фиксация лежала в основе синдромообразования первоначальной психотической картины и являлась предпосылкой частых рецидивов. В структуре психогенной депрессии выделяется [ Н. И., 1968; Сагоii Е., 1974] истерический вариант, которому присуща большая выразительность и подвижность клинических симптомов, протекающих на фоне истерически суженного сознания и в сочетании с синдромами псевдодеменции и пуэрилизма. По мнению ряда авторов [ М. И., 1958; Сму левич Л. Б., 1983; Lesur A .,Lemperiere T., 1985], истерические депрессии яляются наиболее частой формой психогенных реакций.

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. Особого внимания заслуживает выделение в качестве особого, самостоятельного образования преневроза [Гиляровский В. А., 1934; Кербиков О. В., 1962], а также близких к нему состояний выздоровления после невроза, компенсирован ного невроза, представляющих картину психической неустойчивости личности.

Частая психическая травматизация делает истерческие реакции привычными , создавая основу для формирования «истерии развития» [Мясищев В. Н., 1955]. Последний трактовал ее как затяжную форму невроза, в которой проявляется истерический характер. Н. Д. Лакосина (1970) считает характерным для истерического развития наличие в кли- нической картине вегетативных, сенсомоторных, аффективных нарушений, театральности, капризности, дисфорий. О. В. Кербиков (1971) даст четкие критерии раз- граничения псохогенных и психопатических реакций:

первые реакции <приближаются к экзогенным и проявляются в клинически очерченных синдромах заболевания», вторые — представляют собой усиление психопатических особенностей как привычную форму реагирования. H Binder (1967) считает, что психогенные реакции прогностически более благоприятны, поскольку компенсаторные возможности у этих лиц более выражены, чем у психопатических натур.

В клиническом плане проблема отграничения истерических и истериформных состояний является одной из наиболее сложных в пограничной психиатрии. Л. Я Немлихер (1959) определяет истерию как <мультиполярный невроз> имеющий точки соприкосновения и перехода к другим неврозам. Н. И. Фелинская (1972) я А. И. Иванов-Смоленский (1974) указывают на возможность перехода истерического невроза в истерический психоз, П. В. Бундзен и соавт. (1966), напротив, отмечают малую трансформацию и отчетливую рас- познаваемость истерического синдрома, отличающегося высокой степенью униформизма хронического течения. В ряде работ [Кебриков О. В., 1962; Ковалев В. В., 1979; Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980; Личко А. Е., 1983; Смулевич А. Б., 1983] отмечается малая изученность разграничения—истерических невротических и патохарактерологических реакций и развитий с крайними вариантами личностной формы.

Во многих исследовательских работах [Гейер Т. А,, 1928; Аносов Н.Н 1956; Хромов Н А., 1974] рассмотрены вопросы ограничения истерии и истериформных нарушений органической и соматогеоной природы. На частое сочетание истерии и органического поражения головного мозга указывают В. В. Линков (1967). А. Кемпински (1975) утверждает, что граница между неврозом и псевдоневрозом расплывчата и не поддается диагностике.

Сложность дифференциации истерии и шизофрении (прежде всего на этапе неврозоподобного и психопатоподобного дебюта эндогенного заболевания с истериформными проявлениями) отмечается многими клиницистами [Овсянников С. А., 1970; Морозов Г. В., 1975; Гусинская Л. В., 1981; Смулевич А. Б., 1983, я др.] . О боль- иней вероятности диагноза шизофрении свидетельствуют недоступность истерических симптомов внушению, стойкость и однообразие их проявлений по типу «штампа», сочетание истерических симптомов и навязчивостей, внезапные перемены в жизни больных, оттенок вычурности, манерности [Морозов В. М., Наджаров Р. А., 1956; Аба- скулиев А. А., Фель М. И., 1976]. По данным К. Л. Иммерман, Л. В. Ромасенко (1978), истерическая симптоматика при шизофрении имеет в динамике тенденцию к стереотипизации с одновременным усилением гротескности стержневых симптомов. В пользу эндогенной природы заболевания свидетельствуют диссоциация между массивностью клинических проявлений и относительно небольшой патогенностью предшествующей вредности, затяжной характер психоза и некоторые особенности его структуры [Смулевич А. Б., 1983] 1,

Клиническое сопоставление исходов психогенных и эндогенных психозов [Морозов Г. В., 1975; Смулевич А. 5., 1983] позволяет дифференцировать постреактивные астенические состояния от негативных изменений при шизофрении: преобладание в последнем случае не столько астении, сколько вялости, апатии, нарастающей замкнутости и отгороженности; для этих больных характерны бедность и монотонность эмоциональных проявлений, нарастающая холодность и рационализм в отношениях с родственниками. Сравнительно-нозологическая характеристика синдрома фантазирования в его судебно психиатрическом аспекте показала [Гурьева В. А., Вандыш В. В., Шилина 3. М., 1986] существенное различие возрастного реагирования при психопатиях и шизофрении, сочетание в последнем случае фантазирования с гебоидными расстройствами.

Одним из важных разделов учения об истерических состояниях является типологическая характеристика истерической (акцентуированной, невротической, психопатической) личности. Существенный вклад в разработку истерической патохарактерологии внесли корифен отечественной пограничной психиатрии. С. А. Суханов (1911) находил у больных истерией «букет своеобразных признаков производят впечатление неестественности, театральности, испытывают потребность одобрения и похвалы, склонны к внушениям и самовнушениям». П. Б. Ганнушкин (1909, 1933) обращал внимание на чрезмерную внушаемость, слабость воли, «отсутствие духовной эрелости» и объективной правды «как по отношению к себе, так и к другим», «неспособность держать в узде свое воображение». О. В. Кербиков (1962) указывал на наличие в структуре психопатий «облигатных» и «факультативных» черт, определяющих полиморфизм клинической картины: при разных типах психопатий «обрастание» ядра личности «факультативными» качествами происходит в различной последовательности. Развивая тезис П. Б. Ганнушкина об «истерической динамике» психопатий, О. В. Кербиков отмечал заметное уменьшение в последние годы таких психопатов, как «лгуны и фантасты».

В ряде работ зарубежных исследователей также предпринимались попытки описать облигатные для истерической личности характерологические особенности.

Е. Кгаереlin (1913) в определении ее основного «ядра» делал акцент на преувеличенном чувстве собственного достоинства, склонности к причудам, позам, хвастов фантазерству и недостатке «воли к здоровью.. Е. Kretschmer (1946) объединял все это в понятие «человека без внутреннего содержания, стремящегося забыть свою пустоту в постоянно новых ролях». К. Jaspers (1923) основное психологическое качество подобных натур видел в стремлении «казаться больше, чем на самом деле», К. VегЬесk (1978) — в постоянном желании производить впечатление на окружающих, во внушаемости. А. W. Loranger, J. W. Oldham, E.H.Tulis (1982), используя классификацию в DSМ-III, описывают тип психопатии, характеризующийся эмоциональной нестабильностью и импульсивностью, непереносимостью одиночества, склонностью к аутоагрессии и хроническим ощущениям пустоты или скуки. Реtrilowitsch (1956, 1960) главным признаком в структуре истерической личности считает «отсутствие ядра», такую расплывчатость и вариабельность в образе поведения, что «возникает впечатление, будто эти люди играют на сцене».

Во французской литературе также подчеркивается театральное поведение истериков — «гистерионизм». Р. R. Slavney, Р. R. McHung (1974) относят их к эгоцентрическим личностям с эмоциональной неустойчивостью, повышенной внушаемостью и реактивностью, склонностью к драматизации. Отмечаются «характерологическая слабость интеграции» истерической личности, эгоцентричность, лабильность, капризность, “сексуализация всех несексуальных отношений”. В рамках «пограничной психопатии описываются такие признаки, как демонстратавное суицидальное поведение, изменение потребности в контактах, повышенная агрессавность. Таким образом, на основе анализа литературных данных следует признать, что истерия имеет свою весьма обширную, но еще недостаточно систематизированную семиологию. Остаются неясными различия между невротической и психопатической личностью, а также роль акцентуации отдельных истерических качеств в формировании и последующей клинической динамике разнообразных истерических состояний. Возможно, в связи с трудностями определения понятия <истерии> в зарубежной литературе последних лет отмечается «выраженное нежелание» заниматься ее изучением: “истерия старого стиля все больше депонируется в медико-историческое понятие”, а сам диагноз истерии девальвирован.Ряд исследователей проявляют негативное отношение как к клиническому содержанию, так и возможности патогенетического познания сущности заболевания; последний из них считает его “понятвем - миражем”, не имеющим “четкого клинического контура и ясного патогенеза”.

Существенные затруднения в изучении истерии составляет ее клинический патоморфоз. Начиная с конца прошлого века, отмечается резкое уменьшение числа «больших» истерических припадков в исчезаовенне массовых истерий. Позднее это подтвердили и другие авторы [Шмаонова Л. М., 1974; Карвасарский Б. д., 1980]. Ряд авторов указывают на уменьшение психогенных параличей, припадков и сумеречных расстройств сознания, которые замещаются более легкими органически- психогеными дисфункциями. Отмечено уменьшение заболеваемости истерией и растворение ее театральных форм. Согласно данным А. Саневаро (1967), обнаруживается уменьшение истеричности в пользу шизофреничности, однако исторические условия способны изменить лишь «расцветку болезни, не меняя ее сущности.

В моннографии А. Якубика (1982) также констатируется уменьшение интереса к проблеме истерии в пользу шизофрении. Л. Черток (1972) говорит об изменении “лица” истерии, которое отнюдь не означает что истерия исчезла В последнее время вновь отмечается увеличение пограничной истерической симитоматики и появление старых форм истераческого реагирования в виде <эпидемий истерии>. Таким образом, проведенные исследования патоморфоза истерии свидетельствуют о том, что научные изыскания в этой области еще далеки от окончательного решения. Остаются нераскрытыми содержание, границы и причины данного клинического явления. Со всей определенностью можно считать, что спорный вывод об уменьшении истерическах расстройств в населении базируется на недоучете роли широких эпидемиологических исследований в пограничной психиатрии.

Другой важной проблемой пограничной психиатрии авляется терапия истерических состояний. В большинстве работ, посвященных этому вопросу, основное внимание уделяется психотерапевтическим. А. М. Свядощ (1971, 1974) считает психотерапию основным методом в устранении истерии; имеются сообщения о преимуществе групповой психотерапии в лечении данного заболевания. Некоторые психотерапевты [Беляев Г. С., Мажбиц А. А., 1968] отрицают целесообразность применения аутогенной тренировки при истерии из-за сниженной воли к здоровью; другие ученые, напротив, включают истерию в круг показаний к аутотренингу и устанавливает тесную взаимосвязь между истероидной личностной структурой и психотерапевтической тактикой.

Среди других методов лечения истерии указывается на применение электростимуляции при стойких функциональных расстройствах, использование при подострых и

затяжных истерических (истериоформных) состояниях средних и высоких доз атропина, солей лития при наличии судорожных явлений, психотропных препаратов Имеются указания на способность психотерапии потенцировать медикаментозное лечение. Новые возможности в выборе адекватной патогенетической терапии (с учетом социального окружения, личностной структуры, исходного функционального фона) открывает разработка «социогенеза и социотерапиии» истерических состояний.

Первые попытки оценить истерию с эволюционных позиций относятся к началу текущего столетия. Е. Краепелин среди отдельных видов истерии различал “истерию развития”, возникающую у детей после различных заболеваний и наказаний. И в более поздних ра ботах (Л.В. Брагинский) главная роль в появлении истерии у детей отводится непосильным нагрузкам, острым семейным и школьным конфликтам, причем в неблагоприятных ситуациях болезнь может рецидивировать. Материалы длительного клиникостатистического анализа позволили установить качественное соответствие особенностей личности условиям ее воспитания: в частности, между воспитанием типа «кумир семьи» в истерической структурой. На существенную роль “возрастных кризов” (в первую очередь пубертатного) в появлении истерического невроза и истерических реакций указывал Е. Кретсшмер (1948).

В ходе эпидемиологического обследования наибольшее число случаев истерического невроза обнаружено в юношеском и молодом возрасте, а среди психопатических личностей в возрасте 50 лет и старше выявлено преобладание истерической формы. По данным Г. В. Рыжикова (1972), наибольшая вероятность формирования истерических реакций у жителей города обоих полов обнаружена в возрастных группах 0—9, 31—35 лет; среди сельского населения—у мужчин в 16—20 и 56—60 лет,

у женщин 10—15 и 51—55 лет (отроческий и инволюционный возрасты).

Сведения о клинике и динамике истерических состояний в позднем возрасте чрезвычайно противоречивы. Спорным остается вопрос о существовании инволюционной истерии. Некоторые авторы отмечают бедность и стойкость истерической невротической симптоматики периода инволюции. Имеются данные о малой частоте истерических реакций в старческом возрасте и о постепенном смягчении выраженности истерических проявлений в этом возрастном периоде. Э. Я. Штернберг (1968) признает возможность развития в старости ложных компенсаторных механизмов, напоминающих истерическую «сверхкомпенсацию» нежелание считаться с возрастом, показная моложавость в поведении и внешности. И. И. Сергеев (1977) отмечает более растянутый дебют истерии в старости, монотонность и стереотипность симптоматики.

Подводя краткий итог обзору данных литературы по клиническим аспектам истерии, можно обнаружить определенный прогресс в изучении этой проблемы. При этом выявляется целесообразность дальнейших комплексных динамических исследований для обоснования нозологической самостоятельности истерии и решения вопросов ее клинической систематики. Недостаточно изучены патоморфоз, клиническая динамика, тенденция исходов, а также дифференциация истерии с истериформными состояниями различного генеза. Особо пристального внимания заслуживает рассмотрение наименее изученной возрастной (эволютивной) динамики истерии, в первую очередь под углом изучения роли специфических для каждого возрастного периода патогенных вредностей.

В вопросе о генезе истерии удается выделить две полярные точки врения: с одной стороны — возможность конституциональной обусловленности заболевания, с другой — решающее значение социальных воздействий.

По данным, истерией страдают от 1 до 2% населения; семейное изучение выявило повышенную частоту истервии среди родственников больных. Согласно сведениям речь идет скорее всего о многофакторвой наследственности. Е. Слатер (1965), обследуя близнецов, придает наследственности важную, даже специфическую роль в возникновении истерических реакций, указывает на связь истерии с генетическими факторами. Вместе с тем механизм наследования до сих пор не установлен. Я. Я. Готтесман при обследовании однояйцевых близнецов пришол к выводу об относительной роли генетических факторов в появлении истерии. При анализе генетической обусловленности неврозов обнаружена.

Прослеживается связь истерии с инфатилизмом . Описана «физическая стигматизация» конституции и характера истеричных личностей в виде «специально сексуального или общего инфантилизма» И. Нуссен при «эндогенной истерии» обнаружил частые аномалии сексуальной жизни, среди генетических условий истерии центральное место отводил фригидности.

Сторонники внешних, психогенных влияний на происхождение истерических состояний основное внимание уделяют социальным моментам — окружению, среде, воспитанию. Согласно положениям В. Н. Мясищева (1960), при истерии имеет место «более внешний конфликт претензий и невозможность их удовлетворения».

Выделяют две формы истерического реагирования — интимную н демонстративную; в появлении первой формы играют роль глубокие душевные переживания, хронические травмы, второй — острые психическне травмы и интенсивные переживавия. Берблингер К. В . связывает возникновение истерического характера с нарушением интерперсональных отношений; отсюда подразделение на «тихих» и театрално-лживых истериков». Считают, что появление истерии всегда подчинено влиянию среды, хотя повод для этого может быть самым незначительным. Е. Слаттер видит причину истерии в нарушении равновесия между личностью и средой; во влиянии как психогенных, так и физиогенных (органических) вредностей; в совместном воздействии культуральных, социальных и интерперсональных факторов.

R. Tolle (1966) придает большое значение в возникновении истерии нарушению взаимоотношений между родителями н детьми; это определяет более поздно возникающие коммуникации у больных истерией.

Завершая обзор литературных сведений о генезе истерических состояний, следует отметить непродуктивность попыток альтернативного разрешения проблемы соотношения биологических и социальных факторов. Исследования последних лет говорят в пользу их взаимодействия. Однако для определения удельного веса каждого из них в возникновения истерии требуется дальнейшее углубленное изучение.

Определение патогенетической сущности истерии представляет собой наиболее сложный раздел современного учения о пограничных состояниях. Большое значение в нейрофизиологическом понимании истерии сыграли работы И. П. Павлова. 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; истерические симптомы выражают собой «типичный случаи воины ЭМОЦИЙ и жизненных впечатлений». В итеричском характере он видит как бы заострение, крайнюю вариацию художественного типа, способного охватывать «действительность целиком, сплошь, сволна, живую действительность, без всякого дробления, без всякого разъединения. Согласно высказыванию О. В. Кербикова (1962), для истерических форм психопатий характерно относительное преобладание первой сигнальной системы над второй и подкорки над корой».

В ходе патофизиологических исследований отмечены некоторые различия в возникновении срыва высшей нервной деятельности при истерическом неврозе и истерических психозах; при первой патологии формируется более изолированная патодинамическая структура, при второй — рыхлость, непрочность условных связей, трудность и невозможность выработать дифференцировочное и условное торможение, отсутствие передачи из первой сигнальной системы во вторую и на оборот. Электрофизиологическое изучение двигательных истерических расстройств выявило повышение амплитуды медленной активности, усиление гиперсинхронных генерализованных волн, что свидетельствует о некоторой дезактивации коры большого мозга.У больных с истерическими психопатическими реакциями обнаружено угнетение или отсутствие альфа-ритма, появление отрезков тахиритмов и иглоподобных колебаний, причем по мере клинического улучшения наступало постепенное выравнивание амплитуд электрических ритмов. В. Б. Стрелец (1978) наблюдал у больных слабость функции специфических сенсорных систем при относительном преобладании функции неспецифических структур, регулирующих общий тонус коры и подкорковых центров эмоций и мотиваций.

Используя хронаксиметрический метод, М. Г. Гулямов (1959), И. М. Фейгенберг (1975) выявили при истерических психотических реакциях (пуэрилизме, псевдодеменции, бредоподобных фантазиях) нарушения взаимодействия обонятельного и зрительного анализаторов.В современных гипотезах патогенеза реактивных истерических состояний большое внимание отводится нарушениям обмена биогенных аминов.

На основании приведенных фактов можно сделать вывод, что еще не имеется единой, стройной биохимической гипотезы истерии. При изучении нейрогуморальных показателей у больных истерией затрагивался, как правило, вопрос об участии в патогенезе лишь одной из нейромедиаторных систем. Однако предпринимаемые в настоящее время усилия по комплексному изучению нейрофизиологических сдвигов позволяют рассчитывать на успех.

Все выше изложенное диктует целесообразность смещения акцета в нсследовании истерии с клинико—описательного на динамический анализ. Многосторонний ситемный анализ истерической патолоиии позволил рассмотреть некоторые актуальные вопросы классификации, типологии, видоизменения клинической картины истерических состояний, раскрыть отдельные стороны их этиологии и патогенеза, обосновав тезис об их нозологической самостоятельности.

Хочеться сделать вывод, что из-за большой распространненности истерии среди населения (2%) ставит задачу ее углубленного клинико-патогенетического анализа в ряд проблем широкого медицинского и социального плана. Истерическое состояние весьма распространненное состояния пограничной нервно-психической патологии. Многолетний клинико-патогенетический анализ устанавливает их нозологическое единство, представленно общностью предрасполагающих патогенетических факторов.

К мерам профилактики истерических состояни необходимо отнести правильное духовное и физическое развитие человека, воспитание трудолюбия, правильную профессиональную ориентацию, выбор специальности наиболее соответствующей типу логическим особенностям индивида.