

Возрастные и гендерные особенности психопатологии истерического невроза

В.Г. Будза, Е.Ю. Антохин, И.Е. Теперик, А.Р. Мутагирова, Э.Т. Байдавлетова

Age and gender peculiarities of hysterical neurotic psychopathology

V.G. Budza, E. Y. Antokhin, I.E. Teperik, A.R. Mutagirova, E.T. Baidavletova

Резюме

Цель работы: с целью определения психопатологических особенностей истерических невротических расстройств у больных с учётом патогенного влияния возрастного и гендерного факторов обследовано 109 пациентов: 62 пациента (23 мужчины и 39 женщин) в возрасте от 45 до 63 лет составили основную группу, 47 пациентов (19 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 18 до 44 лет – контрольную. Установлено, что истерическому неврозу в позднем возрасте свойственна тревожная депрессия с эгоцентрической направленностью, эпатажно-шантажным деструктивно-агрессивным инфантильным поведением, содержательным диморфизмом конверсионных проявлений, соматоформными расстройствами у женщин и обсессивно-компульсивными расстройствами – у мужчин.

Ключевые слова: психопатология, истерический невроз, возрастные и гендерные особенности.

Summary

the purpose of research was definition of psychopathological peculiarities of hysterical neurotic disorders and to reveal influence of age and gender factors. We investigated 109 patients. There were 62 patients in the basic group (23 of them were men and 39 of them were women) at the age from 45 to 63 and 47 patient in the control group (19 of them were men and 28 were women) at the age from 18 to 44. It is established that old age is characterized in anxious depression with egocentric orientation, shocking blackmailing destructive aggressive infantile behavior, substantial dimorphism of conversion displays, somatophorms disorders of women and obsessive compulsive disorders of men.

Key Words: psychopathology, hysteric neurosis, age and gender peculiarities.

Введение

Данные демографических исследований указывают на увеличение в популяции поздневозрастных групп населения, а вместе с этим и геронтологической патологии [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8], среди которой значимый удельный вес составляют невротические расстройства [9, 10, 11, 12, 13, 14]. Смена социально-экономической ориентации в нашей стране с последующим многолетним кризисом не могла не оказать существенного влияния на этиопатогенез и клинические проявления неврозов, в частности ряд авторов отмечает нарастание соматоформной, а также депрессивной симптоматики, меньшую четкость нозологической специфичности невроза, особенно в позднем возрасте [15, 16]. Э.Я. Штернберг [17] признают возможность развития в старости ложных компенсаторных меха-

низмов (как особенности возрастной личности), напоминающих истерическую «сверхкомпенсацию»: нежелание считаться с возрастом, показная молодость в поведении и внешности. По данным В.Я. Семке и соавт. [15, 18] для истерических невротических состояний позднего возраста характерно тесное переплетение психогенного и соматогенного звеньев. В их генезе ведущее значение имели стойкие эмоциональные нарушения, развивавшиеся в связи с неблагоприятными микросоциальными факторами. Отмечались функциональные неврологические и соматические расстройства в виде больших и малых истерических припадков, параличей, парезов, приступов дрожи, нарушений чувствительности и функций органов чувств и речи, весьма частым был функциональный блефароспазм. Основным механизмом истерических расстройств, по мне-

Будза Владимир Георгиевич – Заслуженный врач РФ, доктор мед.наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава;

Антохин Евгений Юрьевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава;

Теперик Ирина Евгеньевна – врач-психотерапевт отделения ГУЗ «Оренбургская областная

клиническая психиатрическая больница № 1»; Мутагирова Аделя Рустэмовна – клинический ординатор кафедры психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава;

Байдавлетова Эльмира Тимергановна – клинический психолог отделения неврозов и психотерапии ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1».

нию авторов, были «бегство в болезнь», нозофилия, «условная приятность» симптома, вытеснение и аффективная логика мышления. Констатировалась чаще, чем в молодом возрасте, истерическая депрессивная симптоматика как результат влияния индивидуальных социально-психологических факторов периода увядания. Истерические невротические расстройства в позднем возрасте приобретали общие специфические особенности клинической динамики, которые определялись сложным взаимодействием социально-психологических особенностей периода старения, эндокринно-вегетативных, соматогенных и церебрально - органических изменений. Различным удельным весом каждого из них на отдельных этапах позднего периода объяснялось разнообразие клинической характеристики и прогноза истерических невротических расстройств.

В МКБ - 10 отсутствует понятие «истерический невроз», что является одним из существенных недостатков этой классификации [19, 20]. Истерические синдромы распределены по различным рубрикам МКБ-10: другие тревожные расстройства - F 41 (прежде всего тревожная истерия F 41.8), соматоформные расстройства F 45 (соматоформная истерия [21]), конверсионные расстройства F 44 (конверсионная истерия). Следует отдельно остановиться на указаниях о довольно большом удельном весе депрессивных расстройств в рамках истерического невроза с соответствующим в их патогенезе ведущим истерическом внутриличностным конфликтом («психогенные истерические депрессии» [15]; «истеро-депрессивный тип патологической реакции горя в позднем возрасте» [9]; «истерические депрессии» [16]). При формальной оценке по критериям МКБ - 10 депрессивные расстройства в рамках истерического невроза соотносят с рубриками F 43 - «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», F 32 «депрессивный эпизод», F 34.1 «дистимия» [22].

Отмечая особенности конфликта истерического типа, нетрудно убедиться в том, что чрезмерно завышенные претензии личности в сочетании с недооценкой реальных возможностей создают непреодолимое препятствие в реализации желаемых результатов во внешнем мире [23, 24, 25, 26]. Истерический внутриличностный конфликт определяется, прежде всего, чрезмерно завышенными претензиями личности, всегда сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих [27, 28, 29]. Постоянная ориентация больных истерическим неврозом на успех без учета реальных обстоятельств жизни создают характерный для них способ выхода из «трудных» для них ситу-

аций с преобладанием интернального контроля над средовым [30, 31, 32].

Цель исследования: определение психопатологических особенностей истерических расстройств у больных с учетом патогенноформирующего влияния возрастного и гендерного факторов.

Материал и методы исследования

Работа проводилась на базе отделения неврозов и психотерапии Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 (главный врач Прусс Г.Б.). Обследовано 109 пациентов с истерическим неврозом (по МКБ - 10 - дистимия - F 34.1, пациенты с другими тревожными расстройствами - F 41, с реакциями на тяжелый стресс и нарушениями адаптации - F 43, конверсионными расстройствами - F 44, соматоформными расстройствами - F 45). Основную группу составили 62 пациента позднего возраста (средний возраст 51,7 лет), в их числе 23 (37,1%) мужчины и 39 (62,9%) женщин. Контрольная группа включала 47 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст 34,7 лет), из них 19 (40,4%) мужчин и 28 (59,6%) женщин. По половому составу группы сопоставимы (таблица 1). Квалификация психических расстройств осуществлялась по состоянию на момент обследования с помощью классического подхода диагностики невроза: существование связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией больного, специфичности клинических проявлений, состоящей в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств при отсутствии психотических симптомов [27, 29]. При этом учитывались признаки невротического расстройства по МКБ - 10. Внутриличностный невротический конфликт констатировался при выраженной противоречивости значимых отношений, которая неразрешима из-за недостаточного осознания [24, 28, 33].

Для решения задач исследования применялись клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический (критерий U - Манна-Уитни) методы.

С помощью клинико-анамнестического метода выяснялась зависимость становления невротических расстройств от преморбидных особенностей личности, путем целенаправленного опроса выяснялась наследственная отягощенность, перенесенные вредности, особенности личности, характер семейных и производственных отношений, система жизненных ценностей и отношение к произошедшим макросоциальным изменениям в стране.

Клинико-психопатологический метод вклю-

чал в себя клиническое наблюдение, позволившее синтезировать представления о психопатологической картине невроза, личности больного и его жизненной ситуации. Объективизация клинической картины проведена при помощи симптоматического опросника SCL-90-R [34, 35, 36].

Результаты исследования и обсуждение

Синдромальные профили, как следует из рис.1, основной и контрольной групп имеют практически одинаковую конфигурацию, что свидетельствует об общности клинических взаимоотношений синдромов истерического невроза в различные возрастные периоды. Вместе с тем, по величине показателей синдромальный профиль основной группы, по отношению к контрольной, расположен выше и отражает значимо большую интенсивность и напряженность клинических проявлений истерического невроза в позднем возрасте, что подтверждается статистически достоверными различиями индекса тяжести симптомов (gsi): основная группа 1,63 – контрольная группа 1,32 ($p < 0,05$); индекса наличного симптоматического дистресса (psdi): основная группа 2,21 – контрольная группа 1,98 ($p < 0,05$).

Степень выраженности клинических проявлений была достоверно выше по сравнению с контрольной группой в случаях депрессивных расстройств ($p < 0,05$), обсессивно-компульсивных ($p < 0,01$), соматизированных расстройств ($p < 0,05$). Более интенсивно в позднем возрасте проявляются тревожные расстройства по сравнению с контрольной группой, хотя различия по шкалам статистически не достоверны (ср.: 1,95 и 1,68 соответственно).

Рассматривая особенности психопатологической структуры истерических проявлений по полу в сравнении с контрольной группой наибольшие различия выявлены у мужчин позднего возраста (рис.2).

В отличие от мужчин контрольной группы у мужчин в позднем возрасте при истерическом неврозе особую значимость приобретают ярко выраженные проявления различных видов истерической депрессии и в первую очередь тревожной с тенденциями к эндоформности жалоб. Ведущими психопатологическими ее проявлениями являлись чрезмерное беспокойство по разным поводам, с чувством одиночества, ощущениями собственной никчемности, потерей сексуального влечения/удовольствия, упадком сил. Больные с яркой демонстрацией заявляли о чувстве безнадежности будущего, что сопровождалось эмоциональной лабильностью и переживаниями безвыходности положения. Истерическая депрессия в позднем возрасте у мужчин отличалась эгоцентрической направленностью, нередко с ги-

перболизированной подачей переживаний. Это подтверждается более высокими показателями по шкале ощущения собственной никчемности (направленность на «Эго») по сравнению с показателями безнадежности будущего (направленность во вне). Необходимо заметить, что в контрольной группе соотношение между этими показателями обратное. Показатели тревожности у мужчин позднего возраста также значительно превышали соответствующие показатели по полу в контрольной группе, что выражалось в жалобах на ожидание невзгод, беспокойство с неусидчивостью, приступами панических атак.

В структуре истерического невроза у мужчин основной группы, по сравнению с контрольной, отличалось достоверное превалирование выраженности обсессивно-компульсивных расстройств, которые, чаще всего, сочетались с тревожно-депрессивными состояниями в ситуациях связанных либо с переживаниями утраты близких, либо увольнения с работы. Больные испытывали повторяющиеся неприятные, неотвязные мысли о произошедших психотравмирующих событиях с внезапным вторжением в сознание отрицательных воспоминаний, образных представлений, повторных кошмарных сновидений. Более свойственными мужчинам основной группы были и навязчивые сомнения в виде необходимости делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки с потребностью повторять и перепроверять действия.

В дифференциально-диагностическом плане невротических расстройств от органических, с нашей точки зрения, немаловажное значение имеет шкала опросника «враждебность». Показатели ее, хотя и в целом не были достоверно выше у пожилых пациентов, отдельные параметры, однако, значительно (с достоверностью) превышали таковые у «молодых»: в частности, «легко возникающая досада или раздражение» ($p < 0,05$), «вспышки гнева, которые Вы не могли сдерживать» ($p < 0,05$). В беседе, наблюдения за больными выяснялось, что эти аффективные проявления носили демонстративный характер, а не эксплозивный торпидный, свойственный органическим расстройствам. Типично для таких больных аффективно-патетическое преподнесение этих жалоб: «...настолько все тяжело переживается, а кругом полное безразличие к тем мучениям, которые испытываешь...единственным выход – разнести все вокруг и тогда хоть что-то сдвинется с места». В рамках истерического невроза у мужчин данное обстоятельство свидетельствовало о более выраженных деструктивно – агрессивных тенденциях у пожилых пациентов по сравнению с молодыми.

Более яркие проявления регрессивного поведения у больных мужчин основной группы по

нозология	основная группа (n=62)						контрольная группа (n=47)					
	общ.		м		ж		общ.		м		ж	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
истерический невроз	62	100	23	37,1	39	62,9	47	100	19	40,4	28	59,6

Таблица 1. Распределение больных истерическим неврозом в исследуемых группах.

сравнению с контрольной констатировалось при вторичной истерической агорафобии, формирующейся, главным образом, при затяжном течении невроза и преобладающими (над молодыми пациентами) показателями шкалы «межличностной чувствительности». Ведущими симптомами фобической тревоги были: необходимость избегать некоторых мест или действий, возникновение страха в открытых местах или на улице, страха покинуть дом в одиночестве, при езде в общественном транспорте; чувствительности – «... чувства легко задеть» (ранимость), чрезмерная застенчивость в общении, особенно с женщинами, отдельные самоуничтожительные заявления эпатажного характера. В обоих случаях эти болезненные переживания были, в той или иной мере, с точки зрения пациентов, обусловлены «недостаточным вниманием общества к их проблемам», что отражает, в сущности, истерический внутриличностный конфликт. Симптомы соматизации с преобладанием их выраженности у позднего возрастного контингента больных (p<0,05) также отражали большую актуализацию внутриличностного конфликта у пожилых пациентов по сравнению с молодыми.

В противовес мужчинам у женщин основной группы больных достоверных синдромальных различий с контрольной группой не было ни по одной шкале опросника (рис. 3):

Тем не менее, некоторые клинические про-

явления истерического невроза носили у женщин основной группы явно возрастную окраску. В частности, свойственные истерическому неврозу, вне зависимости от возраста, яркость, нарочитость, демонстративность, театральность тревожно-депрессивной симптоматики сопровождалась жалобами на «увядание», «утрату привлекательности». У больных женщин позднего возраста, в отличие от контрольной группы, в переживаниях постоянно звучал страх перед грядущей немощностью с невозможностью ухода за собой, утратой женственности и сексуальной привлекательности. Актуальность таких переживаний проявлялась и в поведении больных с признаками регресса в клинической симптоматике (регрессивное инфантильное поведение), с попытками компенсировать/гиперкомпенсировать «внешнее увядание» увлечением биодобавками, различными кремами, косметическими «масками», посещением салонов и парикмахерских на этапе выздоровления, нередко с явной сменой прежнего имиджа (в более «молодую» сторону).

Внешние проявления истерической депрессии носили характер некоторой нарочитости, театральности, прослеживалось стремление пациенток вызвать сочувствие окружающих, при этом их помощь «драматично» отвергалась. Объективно тоскливый аффект не достигал той глубины и выраженности психотической депрессии, нередко сочетался с раздражительностью,

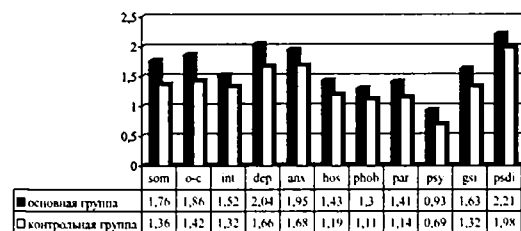


Рис. 1. Синдромальный профиль больных истерическим неврозом (данные опросника SCL-90-R).

Примечание: som – «соматизация», o-c – «обсессивность», int – «чувствительность», dep – «депрессия», anx – «тревожность», hos – «враждебность», phob – «фобии», par – «паранойальность», gsi – «индекс тяжести симптомов», psdi – «индекс наличного симптоматического дистресса».

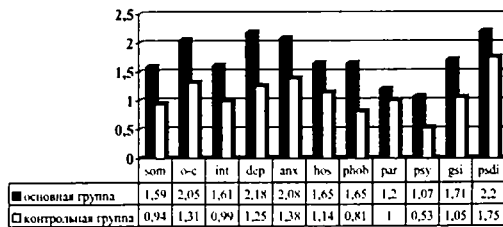


Рис. 2. Синдромальный профиль мужчин больных истерическим неврозом (данные опросника SCL-90-R).

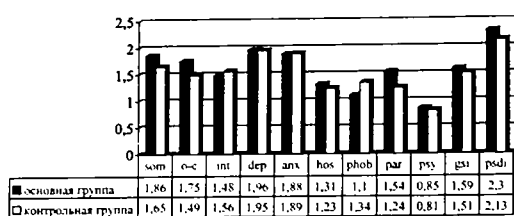


Рис. 3. Синдромальный профиль женщин больных истерическим неврозом (данные опросника SCL-90-R).

требовательностью, претенциозностью. Указания на ангедонию, безрадостность, бессмысленность будущей жизни носили явно преувеличенный, эпатажный характер. Наряду с истинными идеями самообвинения (в случаях смерти близких) встречались самоупреки, отличающиеся нарочитостью, незрелостью. При этом присутствовали и тенденции винить окружающих с высказываниями жалости к себе, «незаслуженности обрушившегося горя». Также, в случаях смерти близких, в клинической картине были выражены яркие, образные представления о мысленном общении с умершим, создавался некий «культ» с «выделением отдельного места в квартире», где находились фотографии и вещи умершего с регулярным «общением», верой «в его вторую жизнь». Нередко, особенно ближе к ночи, больные «ощущали» присутствие «духа» умершего, что также обосновывалось «его беспокойством» за дальнейшую жизнь больной: «...он как бы оберегает меня»- эти симптомы многие исследователи относят к диссоциативным расстройствам [37, 38, 39]. В тех случаях, где психогенным фактором выступала измена или уход из семьи мужа, женщины даже при декларации выраженных депрессивных расстройств стремились к поддержанию внешней привлекательности, иногда чрезмерно использовали косметику, броско и ярко одевались, нередко предпочитая спортивный или молодежный стиль одежды. Депрессивные расстройства в периоде острого невроза имели тенденции к субпсихотическому уровню с наличием отдельных витальных признаков, прежде всего нарушений засыпания с поверхностными, тревожным сном с частыми пробуждениями, сновидениями, отражающими психогенную ситуацию с катастрофически-пессимистическими переживаниями будущей «одиноким старости». Тем не менее, суточный ритм носил астенический характер с нарастанием тревожных и экзистенциальных переживаний ближе к вечеру и перед сном.

Вегетативные расстройства наиболее ярко проявляли себя в рамках соматоформных дисфункций, при этом клиническая картина была

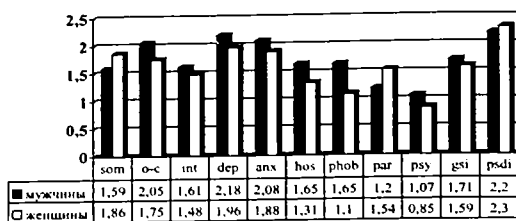


Рис. 4. Синдромальный профиль больных истерическим неврозом основной группы (данные опросника SCL-90-R).

представлена «приступами» с наличием отдельных конверсионных расстройств: онемением конечностей с непродолжительной потерей чувствительности, звучным демонстративным дыханием, сопровождающимся затруднениями вдоха с ощущениями «комка в горле», выраженными колебаниями артериального давления с тенденцией развития гипотонических предобморочных состояний, диффузным потоотделением.

Несмотря на отсутствие достоверных возрастных различий в частоте и выраженности конверсионных расстройств, у женщин основной группы отмечался явный содержательный диморфизм этих проявлений, обусловленный возрастом. У всех шести пожилых женщин с конверсионными симптомами основным психопатологическим расстройством были стойкие окулярные тики, в то время как в контрольной группе – астазия, абазия различной степени выраженности. С нашей точки зрения, в генезе окулярных тиков позднего возраста значительную роль играет актуализация у больных экзистенциального страха смерти: почти у 70% женщин это расстройство возникло после смерти близких. Можно предположить, что окулярно-тикозные нарушения с одной стороны символически отражают симбиотическую идентификацию пациентки с умершим (сомкнутые глаза), а с другой – десенсибилизируют страх собственной смерти. Именно для этой группы женщин были характерны относительно кратковременные приступы астазии-абазии на высоте невротических переживаний (во время посещения кладбища «несколько раз отнимались ноги...на руках несли домой...»), а также (у части из них) «классический» истерический приступ (истерическая дута)-с развитием стойких окулярных тиков впоследствии.

Биологическая роль пола в клинике истерического невроза достоверно проявлялась и внутри основной группы пациентов (рис. 4).

Так истерическая депрессивная симптоматика у мужчин сопровождалась более выраженными расстройствами сексуального влечения/удовольствия (p<0,05), а у женщин преобладали «слезливость» (p<0,05), «плохой аппе-

тит» ($p < 0,01$), нарушения сна ($p < 0,05$). Со стороны обсессивно-компульсивных нарушений мужчины демонстрировали большую степень навязчивых сомнений, а по шкале «межличностной чувствительности» преобладали у мужчин по сравнению с женщинами показатели «чрезмерной застенчивости в общении с другими» ($p < 0,05$)

Проявление враждебности (эпатажно-шантажной) также отмечались чаще среди больных мужчин позднего возраста. В свою очередь женщины достоверно чаще демонстрировали соматоформные расстройства (шкала «соматизации»), предъявляя жалобы на боли в пояснице, приступы жара и озноба, комок в горле.

Заключение

Таким образом, в синдромальной картине истерического невроза в позднем возрасте четко прослеживается патогенное влияние психобиологических факторов (возраста и пола). В позднем возрасте, в отличие от контрольной группы, у больных особую значимость приобретают ярко выраженные проявления тревожной депрессии с преобладанием в ней эгоцентрической направленности и гиперболизированным преподнесением жалоб, обусловленных актуализацией как экзистенциальных переживаний, так и характерных для позднего возраста психотравмирующих ситуаций: утраты или тяжелой болезни близких, отхода от активной социальной деятельности, с нарастанием вли-

яния одиночества и страхом перед «недугами старости». В поздневозрастной группе больных в отличие от «молодых» в рамках истерического невроза более интенсивно проявляются эпатажно-шантажные деструктивно-агрессивные тенденции и регрессивно-инфантильное поведение, что, по нашему мнению, отражает преобладающую степень напряженности внутриличностного конфликта с приумножением его патогенной роли в этом возрастном периоде по сравнению с контрольной группой. Конверсионные расстройства больных позднего возраста обнаруживают явный содержательный диморфизм, в частности у женщин, ассоциированный со своеобразием психотравмирующей ситуации. Влияние позднего возраста на клинику истерического невроза проявляется высокой степенью соматизации его расстройств. Сложная психопатологическая структура истерического невроза с формированием социально-дезадаптирующего поведения и регрессивно-зависимого функционирования обуславливают более тяжелое с тенденцией к затяжному течению его, особенно у мужчин. Половые различия внутри поздневозрастной группы больных были представлены более глубокими депрессией, соматоформными расстройствами у женщин и большей выраженностью обсессивно-компульсивных симптомов, проявлений деструктивно-агрессивного поведения у мужчин.

Литература:

1. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 2006; 3: 5–11.
2. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России. Психиатрия и психофармакотерапия. 2001; 1: 3–6.
3. Зозуля Т.В., Грачева Т.В. Динамика и прогноз заболеваемости психическими расстройствами лиц старшего возраста. Ж. неврол. и псих. им. С.С.Корсакова. 2001; 3 (101): 37–41.
4. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М.; 2001.
5. Baumann U., Perrez M. Klinische psychologie – psychotherapie. Verlag Hans Huber AG; 1998.
6. Comley M. Learning to listen. Counselling skills for helpers of older people. – London: HAI; 1996.
7. Lehr U. Altern in Deutschland. Trends demographischer Entwicklung. In Kruse A. (Hrsg) Psychosoziale Gerontologie. Gottingen: Hogrefe; 1998:13–34.
8. Lehr U., Thomae H. Psychologie des Alterns. Wiesbaden: Quelle und Meyer; 2000.
9. Баранская И.В. Патологические реакции горя в позднем возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2003.
10. Джекоби Р., Опенгеймер К. Психиатрия позднего возраста. Киев: «Сфера»; 2003.
11. Полищук Ю.И. Актуальные вопросы пограничной геронтопсихиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 2006; 3: 12–16.
12. Сиряничев М.А. Неглубокие затяжные депрессии позднего возраста (поздние дистимии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2003.
13. Heuft G., Hoffmann S.O., Mans E.J. et al. Das Konzept des Aktualkonfliktes und seine Bedeutung für die Therapie. Z. psychosom. Med. 1997; 43: 1–14.
14. Heuft G. Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München; Basel: E. Reinhardt; 2000.
15. Семке В.Я., Цыганков Б.Д., Одарченко С.С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М.; 2006.
16. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство; 2003.
17. Штернберг Э.Я. Психология старения и старости и ее значение для геронтопсихиатрии. Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1968; 8: 1236–51.
18. Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Медицина; 1988.
19. Егоров Б.Е. К вопросу об истерии. Материалы общероссийской конференции; 2008, 28–30 октября; М., 2008: 72–74.
20. Сергеев И.И. Диагностические указания и основные клинические формы невротических расстройств. 2008, 28–30 октября; М., 2008: 54–55.
21. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства. М.: Информационные технологии; 2001.
22. Волець Б.А. Инволюционная истерия: аспекты клиники, психосоматические корреляции, терапия. Психические расстройства в общей медицине. 2007; 3: 50–54.