

---

## ОСОБЕННОСТИ КОЛЛЕКТИВНОЙ И ИНДИВИДУАЛЬНО-СТРЕССОРНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ИСТЕРИЧЕСКИХ НЕВРОЗОВ, ИСТЕРИИ, ИСТЕРОИДНОЙ ПСИХОПАТИИ

Л.В. Серебrenникова, Е.Я. Каждан

Клиническая лаборатория психофизиологической коррекции  
функционального состояния организма человека  
ФГУ «РНЦ восстановительной медицины и курортологии Росздрава»  
*Борисоглебский переулок, 9, Москва, Россия, 121069*

Истерический синдром в рамках невроза различного генеза, геннообусловленная истерия и истероидная психопатия — до сей поры не являются гарантированно излечимыми (излечимыми) с помощью медикаментозной терапии. Более того, отмечена тенденция к нарастанию истероидной симптоматики по причине урбанизации общества, модернизации и компьютеризации производства, экологического и радиационного неблагополучия, которые способствуют моральным и психофизическим перегрузкам (являясь стрессорными факторами). Клинике психопатии характерна немотивированная жестокость.

Клиника истерий и истерических неврозов в варианте приступообразного течения крайне тягостна как вычурно-демонстративной симптоматикой (психиатрический термин) с поведенческой расторможенностью, так и с немотивированной агрессивностью по отношению к людям и к себе (суициды с заведомо заниженной дозой токсичного препарата, т.е. ложные попытки самоубийства).

В данном исследовании приводятся материалы пятилетнего опыта психотерапии, в процессе которой изыскивались наиболее эффективные тактики психотерапевтической коррекции и реабилитации, анализировались механизмы и специфика результатов коррекции аффективно-эмоциональных срывов при истерии и психопатии.

**Ключевые слова:** истерия, истерический невроз, истероидная психопатия, психокоррекция, психотерапия, шоковая терапия, императивное внушение, релаксация.

С учетом факта, что истерия, истерический невроз, истероидная психопатия (психопатоидная истерия) — достаточно редкая поведенческая психо-невротическая аномалия, для коррекции были представлены пятьдесят человек, которых направляли участковые врачи (из них 25 — с истерией, истерическим неврозом и 25 — с психопатией, истероидной психопатией). Из психонейрогенных проявлений у пациентов преобладали агитация (агрессия), истерическая рвота, задержка мочи, дизартрия (расстройство произношения слов), афазия (отсутствие речи), страхи, галлюцинации, спастические тики и парезы (психогенно обусловленные «принципом желательности»). Ряд истероидных приступов носил затяжной характер, сопровождаясь снижением трудоспособности и похудением (отказ от пищи) — с единственной целью: императивно навязать свои требования, внушить свою тактику. С учетом отмеченного, означенные пациенты с явной реакцией протеста воспринимали как аналитический опрос, так и процесс психотерапии, несмотря на подбор личностно-индивидуальных методов коррекции [1—9]. Факт осознания «желательности приступа» (как вариант тактической уловки) скрывали все пациенты этой этиологической категории. Более того, сопротивляясь возможности вывести их на иной уровень ощущений, изменить поведенческие установки, они были торпидны в своих умозаключениях, застойно-монотонны в реакциях.

Попытки улучшения внутренней и внешней коммуникации пациентов через методологию нейролингвистического программирования (НЛП) были для них нежелательными (оппозитивными), в связи с чем методики на воображение они

воспринимали или выборочно, или односторонне. При этом негативные ощущения и симптоматика визуализировались ими на максимальном эмоциональном уровне психологического напряжения, а положительные тактики «эмоционального отклика» — или не давали положительного эффекта («зачем?», «для чего?», «не могу», «не получается»), или же воспроизводились в крайне бедных и скудных ощущениях. Но самое главное, пациентов не устраивала цель — выход на иной вариант состояния: еще не положительный, но уже и не отрицательный (а это — основная компонента механизмов НЛП).

Позитивная саногенетическая психотерапия, основанная на антипатогенетических позициях оздоровления и предупреждения обострений, также не вызвала у больных позитивного отклика. Они не желали искать и выход «от противного» («почему не болел раньше?», «почему не было проблем раньше?», «как было до болезни?», «что будет после выздоровления?»), акцентируясь только на отрицательных моментах ситуации.

В связи с отторжением пациентами означенных психотехнологий были проанализированы наиболее эффективные и апробированные психогенные тактики реабилитации, а также комплексные методы психологически обусловленных индивидуальных способов коррекции. Психотерапия осуществлялась в режиме дневного стационара: 1) в *групповом (коллективном)* варианте (с числом пациентов от трех до шести — с достаточно упорядоченным поведением); 2) в *индивидуальном* (для пациентов с острой или затяжной поведенческой аномалией). При этом учитывался общепринятый постулат, что истерия и психопатия соотносятся не с болезнью, а с врожденной поведенческой аномалией (хромосомно-генетической).

При групповой психотерапии пациентов с истероидной симптоматикой и психопатоидным вариантом истерии их реакция в первые дни лечения была бурной, демонстративной и противоположной установке (сопровождаясь рыданиями, судорогами, тиками, импульсивными действиями). Варианты внушения в гипнотическом сне (до стадии сомналенции) обусловили слабый антирефлексирующий эффект лишь до той поры, пока «принцип желательности» оставался для них актуальным. При нежелании отказаться от собственных замыслов у 20% пациентов была выявлена специфичная поведенческая реакция на гипноз (которую можно считать дополнительным диагностическим тестом истерии): спонтанная насильственная улыбка или импульсивно возникающий смех. Многократно отмечались и такие ситуации, когда в адрес гипнолога возникало чувство неприязни, вплоть до реакции протеста. Так, когда пациентка с отказом от пищи (по той причине, что муж предлагал развод) в процессе гипнотерапии постепенно начала питаться (сначала тайно, а затем и не таясь), то этот факт возбудил у нее негативное отношение именно к врачу.

Были и иные поведенческие реакции, когда заявленный (демонстрируемый) симптом — трансформировался в иной (иные). Кроме того, пациенты с истерией артистично и виртуозно дублировали клиническую картину других пациентов (эпилептиформный припадок, вегетососудистые кризы, удушье, болевой синдром, парез конечностей (что дезадаптировало, пугало и отвлекало присутствующих)).

Чем более длительным был процесс психокоррекции, тем больше обострений демонстрировали истероиды. Так, когда у пациентки В. (сорока лет) после

трех реалаксирующих воздействий исчезла симптоматика болезни, то желая углубить и закрепить эффект (ибо она сама страдала от приступов), она настояла на дальнейшем лечении. В итоге у нее в полном объеме проявились имевшиеся ранее симптомы, ежедневно и поступательно дополняясь всей предшествующей клинической картиной (ранее свойственной ей), а именно в порядке, обратном их первоначальному формированию (т.е. от поздних симптомов — к ранним). Но у истоков болезни симптоматика вновь начинала разворачиваться в обратной процессуальной динамике (от начала — к исходу). Другими словами, при пролонгированной психотерапии истерии возникает негативный ретросиндром, т.е. копирование ранее имевшихся поведенческих приемов, что соотносится с термином «порочный круг».

Эффективным способом коррекции эмоциональных функций при истерии оказался аффективно-стрессовый. И чем доминантнее и резче была тактика, чем короче была динамика воздействия — тем более выраженным становился положительный эффект, который стал возможным по причине подбора индивидуальной тактической установки для каждого из пациентов. При этом способ воздействия должен быть или резким, острым, пугающим (выплеск в лицо — воды, жесткий и громкий звук разбиваемой тарелки и иное), или агрессивным по отношению к пациенту с императивом пугающего свойства, или дезадаптирующим. К примеру, консультируя в приемном покое клиники скорой помощи женщину с афазией (немотой), совершившую хищение государственных средств, было сочтено необходимым произнести всего лишь одну фразу (в жесткой, доминантной, четкой риторике): «Срочно переводим в приемное отделение психбольницы». Реакция пациентки на вердикт доктора была еще более краткой: «Лучше посижу в тюрьме» (т.е. приступ пролонгированной афазии стремительно оборвался).

Истероидная психопатия (ибо психопатия в моноформе отсутствует) не корректируется ни одной из разновидностей императивных методик. При попытках пролонгированного воздействия возникает дезадаптация в ситуации с острым агрессивным всплеском. Субъект-психопатоид требует подчинения именно ему, следования его принципам, дублирования его тактики.

### **Выводы**

1. Продолжительность цикла коллективной психотерапии истерии и истерических неврозов — обратно пропорциональна желаемому терапевтическому эффекту. При этом после 5—6 воздействий заданный эффект закреплялся, а в дальнейшем начинала дублироваться ранее имевшаяся патогенная симптоматика.

2. Пролонгированная психотерапия истероидных синдромов, являясь малоэффективной (5 пациентов) или неэффективной (20 пациентов), приводит к усугублению патологии, к отягощению симптоматики, преобразуясь в болезнь циклического течения, в симптомокомплекс «порочного круга».

3. Интенсивный или пролонгированный истерический приступ является показанием для госпитализации в стационары ПНД (психоневрологического диспансера).

4. Больные хромосомно-генетической формой истерии подлежат строго индивидуальному избирательному воздействию, именно в форме эмоционально-стрессорной (императивной) психотерапии.

5. Психопатоидный вариант истерии и истероидная психопатия — психологически не коррективны, в связи с чем означенный контингент людей не может быть допущен к определенной категории профессиональной деятельности. Из 25 пациентов, страдающих психопатией, практически все отказались от психокоррекции, но синдром агрессивности нивелировался (у 11 пациентов) лишь на патогенно-комфортных экологических зонах.

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Белова А.Н.* Нейрореабилитация. — М.: Медицина, 2002.
- [2] *Доброхотова Т.А.* Нейропсихиатрия. — М.: Медицина, 2006.
- [3] *Дмитриева Т.Б.* Профессия и стресс: синдром эмоционального выгорания // Вестник восстановительной медицины. — 2009. — № 3. — С. 34.
- [4] *Колов С.А.* Групповые психосоциальные методы реабилитации и лечения участников боевых действий // Вестник восстановительной медицины. — 2009. — № 3. — С. 25.
- [5] *Трошин В.Д.* Неврология. Национальное руководство // Неврология. Национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева. — М., 2009. — С. 102.
- [6] *Шкловский В.М.* Психотерапия в комплексной системе лечения // Руководство по психотерапии. — Ташкент: Медицина, 1979. С. 400—420.
- [7] *Шорокова Е.В.* Методологические проблемы соотношения психологии и медицины // Психопатия и медицина. — М.: Медицина, 1978. — С. 5—13.
- [8] *Серебренникова Л.В.* Об особенностях психотерапии истерических неврозов и истерий // Вопросы психиатрии и наркологии. Алма-Ата: Научное общество психиатров Казахстана. — 1991. — С. 67—69.
- [9] Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — Т. 1, 2. — М.: Медицина, 1983.

### THE FEATURES OF COLLECTIVE AND PERSONAL STRESSFUL PSYCHOTHERAPY OF HYSTERICAL NEUROSIS, HYSTERIA, HYSTERICAL PSYCHOPATHOLOGY

L.V. Serebrennikova, E.I. Kajdan

Clinical laboratory of mental and biophysical correction  
of functional condition of human organism

FGU «RNC of restoration medicine and balneology of Roszdrav»  
*Borisoglebskiy pereulok, 9, Moscow, Russia, 121069*

Hysterical syndrome in the case of neurosis of different genesis and hysteria, which is resulting from gene and also the hysterical psychopathology are still not assured as curable using the medicament therapy. Moreover there is tendency towards growth of hysterical symptomatology because of the urbanization of society, modernization and computerization of production, ecological and radiation trouble, which affect on moral and psychophysical stresses (which are also stress factors).

Clinic of hysteria and hysterical neurosis in the case of assaults as the consequence is less painful when it's with ornate and demonstrative symptomatology together with behavioral shamelessness and also when it's with not motivated aggression towards human and towards itself (suicides with deliberately low dose of toxic preparation, i.e. false attempts of suicide).

In this investigation we have listed the materials with 5 year experience where we tried to find the most effective tactics of psychotherapeutic correction and rehabilitation. Also we have analyzed the mechanisms and specificity of correction results.

**Key words:** hysteria, hysterical neurosis, hysterical psychopathology, psychotherapy, shock therapy, imperative infusion, relaxation.