**Реферат на тему:**

**Соматические расстройства и нарушения физиологических функций как проявление психической патологии**

Волгоград 2010

**Соматические расстройства и нарушения физиологических функций как проявление психической патологии**

Изучение соматических проявлений психических расстройств имеет чрезвычайное практическое значение. Это положение подтверждают факты. Во-первых, соматические жалобы имеются более чем у половины пациентов с психическим расстройством. При этом соматическое нарушение как психологически более понятное заставляет в первую очередь обращаться к врачам-интернистам. Во-вторых соматические изменения при психических расстройствах могут напоминать практически все известные соматические заболевания, и дифференциальная диагностика во многих случаях весьма трудна. Кроме того, у больного психическое и соматическое заболевания могут сосуществовать. В-третьих, лечение соматических расстройств вследствие психического заболевания с помощью традиционных средств соматической медицины в преобладающем большинстве случаев оказывается неэффективным.

Перечисленное выше определило необходимость выделения в МКБ-10 внутри класса психических расстройств специального раздела, включающего нарушения физиологических функций — [F5].

 1. Расстройства приема пищи

 В большинстве случаев расстройства приема пищи выступают не самостоятельная патология, а как одно из проявлений других синдромob.

Расстройства приема пищи могут представлять собой самостоятельное расстройство:

•нервная анорексия [F50.0];

•булимия [F50.2];

•пикацизм [F50.8];

•пикацизм у детей [F98.3].

или проявление других синдромов:

•депрессии;

•кататонии;

•бреда отравления;

•абстинентного синдрома.

Резкое снижение аппетита характерно для депрессии, при этом пациенты отмечают, что не получают удовольствия от еды, что вкус и аромат пищи померкли, все стало безвкусным и неаппетитным. Хотя при депрессии больные не хотят есть, они могут заставить себя, если об этом просят врач и родственники. Похожее поведение наблюдается у больных с абстинентным синдромом: несколько дней после прекращения употребления наркотиков или алкоголя они не хотят есть, но могут заставить себя против желания. При кататоническом синдроме более никак не выражают своего отношения к еде, однако часто совершенно отказываются от нее, более того, их не удается накормить даже после настойчивых уговоров. После назначения лекарственных средств становится понятно, что аппетит у таких больных не снижен, что они хотят есть, но нарушения двигательной сферы мешают им удовлетворить эту потребность. При бреде отравления больные стараются есть только те продукты, в безопасности которых они абсолютна уверены; иногда для них важно, кто приготовил пищу или кто положил ее в тарелку.

Синдром нервной анорексии (anorexia nervosa) развивается чаще у девушек в пубертатном и юношеском возрасте и выражается в сознательном отказе от еды с целью похудения. Для пациенток характерно недовольство своей внешностью (дисморфомания—дисморфофобия),примерно у 1/3 из них до возникновения заболевания было небольшое превышение массы тела. Недовольство воображаемой тучностью больные тщательно скрывают, не обсуждают его ни с кем из посторонних. Снижение массы тела достигается ограничением количества пиши, исключением из рациона высококалорийных и жирных продуктов, комплексом тяжелых физических упражнений, приемом больших доз слабительных и мочегонных средств. Периоды резкого ограничения в еде перемежаются с приступами булимии, когда сильное чувство голода не проходит даже после приема большого количества пиши. В этом случае больные искусственно вызывают рвоту.

Резкое снижение массы тела, нарушения в электролитном обмене и недостаток витаминов приводят к серьезным соматическим осложнениям— аменорее, бледности и сухости кожных покровов, зябкости, ломкости ногтей, выпадению волос, разрушению зубов, атонии кишечника, брадикардии, снижению АД и пр. Наличие всех перечисленных симптомов свидетельствует о формировании кахексической стадии процесса, сопровождающейся адинамией, потерей трудоспособности. При возникновении данного синдрома в пубертатном периоде может наблюдаться задержка полового созревания.

Булимия — неконтролируемое и быстрое поглощение больших количеств пищи. Может сочетаться как с нервной анорексией, так и с ожирением. Чаще страдают женщины. Каждый булимический эпизод сопровождается чувством вины, ненависти к самому себе. Пациент стремится освободить желудок, вызывая рвоту, принимает слабительные и диуретики.

Нервная анорексия и булимия в некоторых случаях бывают инициальным проявлением прогредиентного психического заболевания (шизофрении). В этом случае на первый план выступают аутизм, нарушение контактов с близкими родственниками, вычурная (иногда бредовая) трактовка целей голодания. Другой частой причиной нервной анорексии являются психопатические черты характера. Таким пациенткам свойственны стеничность, упрямство и упорство. Они настойчиво стремятся к достижению идеала во всем (обычно прилежно учатся).

Пикацизм (пика) (от лат.pica — «сорока») — стремление к поеданию несъедобного: земли, бумаги, волос, кала (копрофагия). У взрослых данный симптом часто указывает на тяжелое психическое заболевание: шизофрению, олигофрению, деменцию. У маленьких детей такое поведение («пробовать все на зуб») можно отнести к проявлениям здоровой поисковой активности. Длительное сохранение и настойчивое повторение такого поведения наблюдается при раннем детском аутизме. От истинного пикацизма следует отличать поведение больных с бредовыми и сверхценными идеями, убежденных в том, что, съедая какие-то вещества, они могут улучшить свое здоровье (например сторонники уринотерапии).

Лечение больных с расстройствами приема пищи должно проводиться с учетом основного диагноза, однако при любом из вариантов нарушения питания следует соблюдать несколько общих правил. Стационарное лечение в подобных случаях обычно более эффективно, чем амбулаторное, поскольку в домашних условиях не удается достаточно хорошо контролировать прием пищи. Обязательнымиусловиями успешности терапии считают восполнение дефектов диеты, нормализацию массы тела (например, путем организации дробного питания), налаживание деятельности желудочно-кишечного тракта, общеукрепляющую терапию. Для подавления сверхценного отношения к приему пищи применяют нейролептики. Психотропные средства используют также для регулирования аппетита. Многие нейролептики (френолон, этаперазин, аминазин) и другие средства, блокирующие гистаминовые рецепторы (пипольфен, ципрогептадин), а также трициклические антидепрессанты (амитриптилин) повышают аппетит и вызывают прибавку массы тела. Для уменьшения аппетита применяются психостимуляторы (фепранон) и антидепрессанты из группы ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, сертралин). Большое значение для выздоровления имеет правильно организованная психотерапия.

 Расстройства сна

Нарушение сна — одна из наиболее частых жалоб при самых различных психических и соматических заболеваниях. Во многих случаях субъективные ощущения больных не сопровождаются какими-либо изменениями физиологических показателей.

Бессонница [F51.0] — одна из наиболее частых жалоб у соматически и психически больных. Бессонница связана не столько с уменьшением продолжительности сна, сколько с ухудшением его качества, неудовлетворенностью им.

Причинами жалоб на ухудшение сна могут быть:

•особые жизненные ситуации: приятные и неприятные ожидания, обида, интересная работа, тревога за будущее, смена часовых поясов, непривычная обстановка;

•естественное уменьшение потребности во сне у пожилых;

•острые психозы: депрессия, мания, острый приступ шизофрении, делирий;

•апноэ во сне;

•зависимость от алкоголя, наркотиков и снотворных средств; боль.

При возникновении нарушений сна в первую очередь важно исключить такие острые психозы, как депрессия, мания, острый приступ шизофрении, начинающийся делирий. Во всех этих случаях нарушения сна никак не связаны с ситуацией, они отличаются упорством, плохо поддаются лечению обычными дозами снотворных средств. При депрессии больные плохо засыпают и рано просыпаются, жалуются, что на всю ночь «не сомкнули глаз», чувствуют подавленность и безнадежность в утренние часы. При мании больные деятельны, суетливы, не хотят ложиться спать, рано просыпаются и тут же включаются в работу, заявляют, что не нуждаются во сне. При делирии больному мешает заснуть тревога, при любой попытке закрыть глаза возникают пугающие кошмары, видения, образы. Острый приступ шизофрении также сопровождаться тревогой, возбуждением, галлюцинациями или, наоборот, бессмысленным упрямством, ступором, отказом лечь в пocтель. Во всех этих случаях требуется срочная госпитализация.

Причиной настойчивых просьб дать снотворное может быть зависимость от алкоголя, наркотиков или снотворных средств. Бессонница служит одним из частых проявлений абстинентного синдрома. Чтобы заснуть, больному требуется доза препарата, существенно превышающая среднюю. Хотя при борьбе с лекарственной зависимостью вpaчи стремятся к полному отказу от приема опасного вещества, во многих случаях одномоментный отказ может привести к возникновению опасного для жизни состояния (делирия, эпилептического статуса и др.) Поэтому при лечении зависимости от барбитуратов и транквилизаторов дозу снотворных уменьшают постепенно и сочетают их с лекарствами не вызывающими зависимости, например с седативными нейролептиками (аминазин, левомепромазин, хлорпротиксен) или антидепрессантами (амитриптилин, миансерин).

Нарушения сна у больных с неврозом в первую очередь связаны с тяжелой психотравмирующей ситуацией. Пациенты могут, лежа в постели, подолгу обдумывать беспокоящие их факты, искать выход из конфликта. Основной проблемой в этом случае является процесс засыпания. Часто психотравмируюшая ситуация вновь проигрывается в кошмарных сновидениях. При астеническом синдроме вследствие неврастении и сосудистых заболеваний мозга (атеросклероза) на фоне раздражительности и гиперестезии больные особенно чувствительны к любым посторонним звукам: тиканье будильника, звуки капающей воды, шум транспорта — все не дает им уснуть. Ночью они спят чутко, часто просыпаются, а утром чувствуют себя совершенно разбитыми, неотдохнувшими.

Для восстановления сна у соматических больных часто приходится позаботиться об избавлении их от боли. Специальное лечение назначают больным с храпом и кратковременными остановками дыхания ночам (апноэ во сне). Часто причиной бессонницы бывают нарушение режима работы и отдыха, а также естественное снижение потребности во сне у пожилых. В этом случае улучшения качества сна можно добиться выполнением простых, хорошо известных приемов. Лекарственное лечение таким пациентам не назначают.

Приемы, способствующие улучшению сна:

• комфорт в спальне: тишина, свежий прохладный дух, ровная жесткая постель;

•не следует дремать днем;

•не следует ложиться в постель, пока не появилась потребность во сне;

•не наедаться перед сном, но и не ложиться с пустым желудком;

•активные физические упражнения днем и умиротворяющая прогулка перед сном;

•встать, если не спится, и занять себя приятным, но не захватывающим делом (прослушивание спокойной музыки, спокойное чтение);

• успокаивающее тепло: теплая ванна, теплое питье;

 •ложиться в одно и то же время, но не слишком рано; вставать всегда в одно и то же время (независимо от того, выспался или нет!).

Подбор снотворного средства проводят с учетом основного расстройства. Так, при остром психозе предпочтение отдают седативным нейролептикам, при депрессии — антидепрессантам с выраженным седативным эффектом. Транквилизаторы рассматривают как относительно универсальное средство, однако при их применении следует опасаться формирования зависимости, поэтому назначение транквилизаторов на длительный срок (более 2 недель) не допускается. Кроме того, они не влияют на причину бессонницы, а значит, следует их комбинировать с другими видами лечения (психотерапия, назначение антидепрессантов, лечение патологического влечения к алкоголю и пр.) Неэффективность транквилизаторов указывает на необходимость пересмотра диагноза.

Гиперсомния [F51.1] часто сопутствует бессоннице. Так, для недостаточно выспавшихся ночью больных характерна сонливость в дневное время. При тяжелых органических заболеваниях мозга (менингит, опухоль, эндокринная патология) сонливость может быть проявлением начинающегося расстройства сознания (сомноленция, оглушение). Гиперсомния может быть также проявлением нарколепсии и синдрома Кляйна—Левина.

Нарколепсия [G47.4] — относительно редкая патология наследственной природы, не связана ни с эпилепсией, ни с эмоциональным стрессом. Характерно частое и быстрое возникновение фазы быстрого сна( уже через 10 минут после засыпания), что клинически проявляется приступами резкого падения мышечного тонуса (катаплексия), яркими гипнагогическими галлюцинациями, эпизодами выключения сознания с автоматическим поведением или состояниями «бодрствующего паралича» по утрам после пробуждения. Возникает заболевание в возрасте до 30 лет и в дальнейшем мало прогрессирует. У некоторых пациентов излечение достигалось принудительным сном в дневное время, всегда в один и тот же час; также применяют стимуляторы и антидепрессанты.

Синдром Кляйна—Левина — чрезвычайно редкое расстройство при котором гиперсомния сопровождается эпизодами сужения сознания. Больные уединяются, ищут тихое место для дремоты. Сон очень длительный, но больного можно разбудить, хотя это часто связано с возникновением у него раздражения, подавленности, дезориентировки, бессвязной речи и амнезии. Расстройство возникает в юношеском возрасте, а после 40 лет нередко наблюдается спонтанная ремиссия.

Боли

Неприятные ощущения в теле служат частым проявлением психических расстройств, однако не всегда они принимают характер собственно боли. От болевых ощущений следует отличать крайне неприятные, вычурные, субъективно окрашенные ощущения — сенестопатии. Психогенно обусловленные боли могут возникать в голове, сердце, суставах, спине. Высказывается точка зрения, что при психогениях больше всего беспокоит та часть тела, которая, по мнению больного, является наиболее важной, жизненно необходимой.

В практике психиатрии боли могут быть следствием неврологического или соматического расстройства:

• мигрень;

• головная боль при повышении внутричерепного давления

• невралгии вследствие поражения периферических нервов;

•боли вследствие ишемии;

 •боли вследствие мышечного спазма (например, головная боль напряжения);

Либо следствием психического расстройства:

•депрессия;

•истерические и другие психогенно обусловленные боли [F45.4];

•неврастения; абстинентный синдром.

 Боли в области сердца — частый симптом депрессии. Нередко они выражаются тяжелым чувством стеснения в груди (<<камень на сердце>>). Такие боли весьма стойки, усиливаются в утренние часы, сопровождаются чувством безнадежности. Неприятные ощущения в области сердца часто сопутствуют тревожным эпизодам (панические атаки) у страдающих неврозами. Эти остро возникающие боли всегда сочетаются с выраженной тревогой, страхом смерти. В отличие от острого сердечного приступа они хорошо купируются седативными средствами и валидолом, но не уменьшаются после приема нитроглицерина.

 Головная боль [G44] может указывать на наличие органического заболевания мозга, однако нередко возникает психогенно как следствие напряжения мышц апоневротического шлема и шеи (при выраженной тревоге), общего состояния подавленности (при субдепрессии) или самовнушения (при истерии).

 Головная боль нередко наблюдается при мягкой депрессии и при последующем утяжелении состояния, как правило, исчезает. Такие боли нарастают к утру параллельно с общим усилением тоски. При истерии боль может принимать самые неожиданные формы: «сверление и сжимание», «голову стягивает обручем», «череп раскалывается пополам».

Головная боль напряжения — это двусторонняя тянущая и давящая боль в затылке и темени, иррадиируюшая в плечи и усиливающаяся к вечеру, особенно после психотравмирующей ситуации; чаще она возникает у тревожно-мнительных пациентов. Кожа головы у таких больных часто тоже становится болезненной. В этом случае помогают средства, снижающие мышечный тонус (бензодиазепиновые транквилизаторы, массаж, согревающие процедуры). Спокойный, безмятежный отдых (просмотр телепередач) или приятные физические упражнения отвлекают пациентов и уменьшают страдания.

Органическими причинами головной боли бывают сосудистые заболевания мозга, повышение внутричерепного давления, лицевая невралгия, шейный остеохондроз. При сосудистых заболеваниях тягостные ощущения, как правило, бывают пульсирующего характера, зависят от повышения или снижения АД, облегчаются при пережатии сонных артерий, усиливаются при введении сосудорасширяющих средств (гистамин, нитроглицерин). Приступы сосудистого происхождения быть результатом гипертонического криза, ААС, повышения температуры тела.

Головная боль — важный симптом для диагностики объемных процессов в мозге. Она связана с повышением внутричерепного давления, нарастает к утру, усиливается при движениях головы, сопровождается рвотой без предшествующей тошноты. Повышению внутричерепного давления сопутствуют такие симптомы, как брадикардия, снижение уровня сознания (оглушение, обнубиляция) и характерная картина на глазном дне (застойные диски зрительных нервов). Невралгические боли чаще локализуются в области лица, что почти не встречается при психогениях.

Весьма характерна клиническая картина приступов мигрени [G43]. Это периодически возникающие эпизоды чрезвычайно сильной головной боли, продолжающейся несколько часов, обычно охватывающей половину головы. Приступу может предшествовать аура в виде отчетливых психических расстройств (вялость или возбуждение, снижение слуха или слуховые галлюцинации, скотомы или зрительные галлюцинации, афазия, головокружение или ощущение неприятного запаха). Нередко незадолго до разрешения приступа наблюдается рвота.

При шизофрении истинные головные боли возникают весьма редко. Гораздо чаще наблюдаются крайне вычурные сенестопатические ощущения: «мозг плавится», «съеживаются извилины», «кости черепа дышат».

Расстройства сексуальных функций

Понятие сексуальной дисфункции [F52] не вполне определенно, поскольку, как показывают исследования, степень удовлетворения партнеров в большей степени зависит от того, насколько реальные отношения соответствуют их субъективным ожиданиям. В последнее время на степень удовлетворения во многом влияет поступающая в большом объеме информация о сексуальной жизни. С одной стороны она позволяет сделать более разнообразной сексуальную жизнь в парах, где существует гармония, с другой такая информация может усиливать страхи и тревожные ожидания у мнительных людей, что может стать серьезной психической проблемой. Поводом для обращения к врачу бывает субъективное чувство неудовлетворенности, подавленности, тревоги, вины, возникающее в связи с половыми контактами; иногда такое чувство появляется при вполне физиологичных сексуальных отношениях.

Выделяют следующие варианты расстройств: снижение и чрезвычайное повышение сексуального влечения, недостаточное сексуальное возбуждение (импотенция — у мужчин, фригидность — у женщин), расстройства оргазма (аноргазмия, преждевременная или задержанная эякуляция), болевые ощущения во время половых сношений (диспареуния, вагинизм, посткоитальная головная боль) и некоторые другие.

Довольно часто причиной сексуальной дисфункции являются психические факторы: предрасположенность к тревоге и беспокойству, вынужденные длительные перерывы в сексуальных отношениях, отсутствие постоянного партнера, ощущение собственной непривлекательности, неприязнь к партнеру, расхождения между партнерами в ожидаемом стереотипе сексуального поведения, воспитание, осуждающее сексуальные отношения, и др. Нередко расстройства связаны со страхом перед началом половой жизни или, наоборот, после 40 лет — с приближающейся инволюцией и страхом потерять сексуальную привлекательность.

Значительно реже причиной сексуальной дисфункции является тяжелое психическое расстройство (депрессия, эндокринные и сосудистые заболевания, паркинсонизм, эпилепсия). Еще реже сексуальные нарушения обусловлены общими соматическими заболеваниями и локальной патологией генитальной сферы. Возможно расстройство сексуальной функции при назначении некоторых лекарственных средств (трициклические и серотонинергические антидепрессанты, нейролептики, литий,гипотензивные средства — клофелин и др., мочегонные — спиронолактон, гипотиазид, антипаркинсонические средства, сердечные гликозиды, анаприлин, индометацин и пр.). Довольно частая причина сексуальной дисфункции — злоупотребление ПАВ (алкоголь, барбитураты, опиаты, гашиш, кокаин, фенамин и пр.).

Консультации по вопросам сексологии проводят врачи многих специальностей (психиатры, гинекологи, урологи, дерматовенерологи) и медицинские психологи. Однако больным с сексуальными расстройствами бывает трудно получить необходимую им помощь из-за естественной стеснительности. Врачи также не всегда готовы обсуждать с пациентами их сексуальные проблемы (некоторые чувствуют себя скованными, некомпетентными).

В первую очередь необходимо выслушать пациента, нередко простое обсуждение беспокоящих человека вопросов (страх перед беременностью, правила контрацепции, особенности сексуальности в пожилом возрасте и при соматических заболеваниях) снимает проблему. Большое значение для сексуальной гармонии в паре имеет знание различий в мужской и женской сексуальности. Следует объяснить, что в отличие от возбуждения у мужчин, которое нарастает очень быстро и резко спадает после оргазма, половое возбуждение у женщин нарастает медленно, дольше сохраняется и медленно снижается после оргазма (иногда неоднократного). Это определяет необходимость предварительных и заключительных ласк для взаимного удовлетворения. Пожилым пациентам и женщинам, перенесшим гинекологические операции, следует объяснить, что сексуальность лишь отчасти связана с текущим уровнем половых гормонов. Семейные отношения, основанные на взаимопонимании и любви, позволяют сохранять полноценную сексуальность в любом возрасте.

Лекарственные средства и биологические методы используются в большинстве случаев лишь как дополнительные факторы: например, транквилизаторы и антидепрессанты — для уменьшения тревоги и страха, охлаждение крестца хлорэтилом, прием серотонинергических антидепрессантов и мягких нейролептиков — при преждевременно наступающей эякуляции, неспецифическая терапия — в случае выраженной астении (пентоксифиллин, витамины, ноотропы, рефлексотерапия, электросон, биостимуляторы типа женьшеня). В качестве средств повышения уверенности в себе при нарушениях эрекции у мужчин пользуют йохимбин и специфические ингибиторы фосфодиэстегразы - силденафил (виагра), тадалафил (сиалис).

Особое положение занимают извращения сексуального влечения — парафилии: гомосексуализм, педофилия, садомазохизм, фетишизм, эксгибиционизм. К патологии относят только те варианты сексуального удовлетворения, которые приводят к грубому нарушению поведения человека в обществе, обусловливают его дезадаптацию и становятся причиной страданий его самого или других людей. Особенности сексуального влечения человека отличаются стойкостью, лекарственное лечение в этом случае неэффективно, некоторый результат может быть получен с помощью психотерапии.

Понятие ипохондрии

Ипохондрией называют необоснованное беспокойство о собственном здоровье, постоянные мысли о мнимом соматическом расстройстве ~ возможно, тяжелом, неизлечимом заболевании. Ипохондрия не является нозологически специфичным симптомом и может принимать форму навязчивых мыслей, ценных идей или бреда.

Навязчивая (обсессивная) ипохондрия [F45.2] выражается постоянными сомнениями, тревожными опасениями, настойчивым анализом протекающих в организме процессов. Больные с обсессивной ипохондрией хорошо принимают объяснения и успокаивающие слова специалистов, иногда сами сокрушаются по поводу своей мнительности, но не могут без посторонней помощи избавиться от тягостных мыслей. Навязчивая ипохондрия бывает проявлением обсессивно-фобического невроза, декомпенсации у тревожно-мнительных личностей (психастеников). Иногда возникновению подобных мыслей способствуют неосторожное высказывание врача (ятрогения) или неправильно истолкованная медицинская информация (реклама, «болезнь 2-го курса» у студентов-медиков).

Сверхценная ипохондрия проявляется неадекватным вниманием к незначительному дискомфорту или легкому физическому дефекту. Больные прилагают невероятные усилия для достижения желаемого состояния, вырабатывают собственные диеты и уникальные системы тренировок. Отстаивают свою правоту, стремятся наказать врачей, повинных, с их точки зрения, в недуге. Такое поведение бывает проявлением паранойяльной психопатии или указывает на дебют психической болезни (шизофрении).

Бредовая ипохондрия выражается непоколебимой уверенностью в наличии тяжелого, неизлечимого заболевания. Любое высказывание врача в этом случае трактуется как попытка обмануть, скрыть истинную опасность, а отказ от операции убеждает пациента в том, что болезнь достигла терминальной стадии. Ипохондрические мысли могут выступать в качестве первичного бреда без обманов восприятия (паранойяльная ипохондрия) или сопровождаться сенестопатиями, обонятельными галлюцинациями, ощущением постороннего воздействия, автоматизмами (параноидная ипохондрия).

Довольно часто ипохондрические мысли сопутствуют типичному депрессивному синдрому. В этом случае особенно выражены безнадежность и суицидальные тенденции.

При шизофрении ипохондрические мысли почти постоянно сопровождаются сенестопатическими ощущениями — сенестопатически- ипохондрический синдром. Нарастающий аутизм и эмоционально-волевое оскудение у таких больных часто заставляют их в связи предполагаемой болезнью отказаться от работы, прекратить выходить на улицу, избегать общения.

Маскированная депрессия

В связи с широким использованием антидепрессивных лекарственных средств стало очевидно, что среди больных, обращающихся к терапевтам, существенную долю составляют пациенты с эндогенной депрессией, у которых гипотимия (тоска) маскируется преобладающими в клинической картине соматическими и вегетативными расстройствами. Иногда в качестве проявления депрессии выступают другие психопатологические феномены не депрессивного регистра - навязчивости, алкоголизация. В отличие от классической такую депрессию обозначают как маскированную (ларвированную, соматизированную, латентную).

Диагностика подобных состояний затруднена, поскольку больные могут не замечать или даже отрицать наличие тоски. Преобладают жалобы соматического характера: боли (сердечные, головные абдоминальные, псевдорадикулярные и суставные), расстройства сна, ощущение стеснения в груди, колебания АД, нарушения аппетита, запор, снижение или увеличение массы тела. Хотя на прямой вопрос о наличии психологических переживаний больные обычно отвечают отрицательно, однако при прицельном расспросе можно выявить такие признаки депрессии, как неспособность испытывать радость и удовольствие (ангедония), стремление уйти от общения, чувство безнадежности, удрученность тем, что обычные заботы и любимая работа стали тяготить больного. Довольно характерно обострение симптомов в утренние часы. Нередко отмечают характерные соматические симптомы — сухость во рту, расширение зрачков. Важный признак маскированной депрессии — разрыв между обилием тягостных ощущений и скудностью объективных данных.

Важно учитывать характерную динамику эндогенных депрессивных приступов, склонность к затяжному течению и неожиданному беспричинному разрешению. Интересно, что присоединение инфекции с высокой температурой тела (грипп, тонзиллит) может сопровождаться смягчением чувства тоски или даже оборвать приступ депрессии. В анамнезе у подобных больных нередко обнаруживаются периоды беспричинной хандры, сопровождавшиеся неумеренным курением, алкоголизацией и проходившие без лечения. При дифференциальной диагностике не следует пренебрегать данными объективного обследования, поскольку не исключено одновременное существование и соматического, и психического расстройства.

Истерические конверсионные расстройства

Конверсия рассматривается как один из механизмов психологической защиты. Предполагается, что при конверсии внутренние тягостные переживания, связанные с эмоциональным стрессом, преобразуются в соматические и неврологические симптомы, развивающиеся по механизму самовнушения. Конверсия — одно из важнейших проявлений широкого круга истерических расстройств (истерический невроз, истерическая психопатия, истерические реакции).

Вместе с тем следует четко отличать истерические расстройства от реальной симуляции, которая всегда целенаправленна, полностью подчинена контролю со стороны воли, может быть продлена или прекращена по желанию индивида. Истерические симптомы не имеют конкретной цели, вызывают истинное внутреннее страдание пациента и не могут быть прекращены по его желанию.

По истерическому механизму формируются нарушения функций самых различных систем организма [F45.0, F45.3]. В прошлом веке чаще других встречались неврологические симптомы: парезы и параличи, обмороки и припадки, нарушения чувствительности, астазия — абазия, мутизм, слепота и глухота. В нашем веке симптомы соответствуют заболеваниям, получившим распространение в последние годы. Это сердечные, головные и «радикулярные» боли, ощущение нехватки воздуха, нарушения глотания, слабость в руках и ногах, заикание, афония, неопределенные ощущения покалывания и ползания мурашек.

Признаки истерических конверсионных расстройств

• возникают непосредственно после психических травм

• характеризуются атипичным набором симптомов (не похожих на типичные проявления известных заболеваний);

• усиливаются, если к ним обращено внимание окружающих;

• исчезают, если больной отвлекается или успокаивается

•не затрагивают функций, не поддающихся контролю сознания (безусловные рефлексы).

При всем многообразии конверсионных симптомов можно выделить ряд общих свойств, характерных для любого из них. Во-первых, это психогенный характер симптоматики. Не только возникновение расстройства связано с эмоциональным стрессом, но и его дальнейшее течение зависит от актуальности психологических переживаний, наличия дополнительных травмирующих факторов. Во-вторых, отмечается странный, не соответствующий типичной картине соматической болезни набор симптомов. Проявления истерических расстройств таковы, как их себе представляет больной (у пациента, наблюдавшего соматические расстройства у соседей по палате, симптомы будут выглядеть более естественно). В-третьих, следует учитывать, что конверсионные симптомы предполагают наличие интереса и внимания со стороны окружающих, поэтому они никогда не возникают, пока пациент находится наедине с самим собой. Часто больные стараются подчеркнуть уникальность имеющихся у них симптомов. Чем больше внимания врач уделяет расстройству, тем более выраженным оно становится. Например, просьба врача говорить немного громче может вызвать полную потерю голоса. Напротив, отвлечение внимания приводит к исчезновению симптоматики. Наконец, следует учитывать, что не всеми функциями организма можно управлять посредством самовнушения. Безусловные рефлексы и объективные показатели работы организма на фоне истерических расстройств остаются неизмененными.

 Изредка конверсионная симптоматика является причиной повторного обращения больных к хирургам с просьбой о проведении серьезных оперативных вмешательств и травматичных диагностических процедур. Подобное расстройство известно под названием синдрома Мюнхгаузена. Бесцельность подобного вымысла, способность перенести многочисленные болезненные процедуры, явный дезадаптивный характер поведения отличают данное расстройство от симуляции.

Астенический синдром

Одним из наиболее часто встречающихся расстройств не только в психиатрической, но и в общесоматической практике является астенический синдром. Проявления астении крайне многообразны, но всегда можно обнаружить такие основные компоненты синдрома, как выраженная истощаемость (утомляемость), повышенная раздражительность и соматовегетативные расстройства. Важно учитывать не только субъективные жалобы больных, но и объективные проявления перечисленных расстройств. Так, истощаемость хорошо заметна при длительной беседе: при нарастающем утомлении больному становится труднее понимать каждый следующий вопрос, его ответы становятся все более неточными, и наконец он отказывается от дальнейшего разговора, поскольку больше нет сил поддерживать беседу. Повышенная раздражительность проявляется яркой вегетативной реакцией на лице, склонностью к слезам, обидчивостью, иногда неожиданностью в ответах с последующими извинениями, соматовегетативные расстройства при астеническом синдроме неясны. Это могут быть жалобы на боли (головную, в области сердца, суставах или животе). Нередко отмечаются повышенная потливость, чувство «приливов», головокружение, тошнота, резкая слабость. Обычно наблюдаются колебания АД (подъем, обмороки), тахикардия.

Почти постоянное проявление астении — нарушение сна. В дневное время больные, как правило, испытывают сонливость, стремятся отдохнуть. Однако ночью они часто не могут заснуть, им мешают любые посторонние звуки, яркий свет луны. В середине ночи они, совершенно измотанные, наконец засыпают, но спят очень чутко. Поэтому в утренние часы больные чувствуют, что совершенно не отдохнули, им хочется спать.

Астенический синдром считают наиболее простым расстройством в ряду психопатологических синдромов, поэтому признаки астении могут быть компонентом более сложного синдрома (депрессивного, психоорганического). Всегда следует попытаться определить нет ли какого-то более тяжелого расстройства, чтобы не ошибиться в диагнозе. В частности, при депрессии хорошо заметны витальные признаки тоски (похудение, стеснение в груди, резкое подавление влечений, сухость кожных покровов, идеи самообвинения), а при психоорганическом синдроме — интеллектуально-мнестическое снижение и изменения личности (обстоятельность, слабодушие, дисфории, гипомнезия и др.). В отличие от истерических соматоформных расстройств больные с астенией нуждаются в обществе и сочувствии, они стремятся уединиться, разражаются и плачут, когда их лишний раз беспокоят.

Астенический синдром наименее специфичен из всех психических расстройств. Он может встретиться почти при любом психическом заболевании, часто появляется у соматических больных. Довольно часто данный синдром прослеживается у больных неврастенией и при различных органических заболеваниях. При эндогенных заболеваниях (шизофрения, МДП) отчетливые признаки астении определяются редко. Пассивность больных шизофренией обычно объясняется отсутствием не сил, а воли. Депрессию у больных МДП обычно рассматривают не как истощение (астению), а как сильную (стеничную) эмоцию.

**Список используемой литературы**

1. Жариков Н.М.Психиатрия. Медицина,2002

2. ИСТАМАНОВА Т.С. Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении., М.: Медгиз, 1988.

3. СМУЛЕВИЧ А.Б., ТИГАНОВ А.С., ДУБНИЦКАЯ Э.Б. и др. Ипохондрия и соматоформные расстройства. М., 1992.

4. СУВОРОВ А.К. Диагностическое и прогностическое значение соматопсихических ощущений (сенестопатий) при различних типах депресии: Автореф ... дисс. канд. мед. наук. М., 1983.

5. СУКИАСЯН С.Г. Соматизированные психические нарушения (клиническая концепция развития). Ереван, 1996.