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

Анализ соматического состояния у больных с психическими заболеваниями позволяет достаточно ярко продемонстрировать тесную взаимосвязь психического и соматического. Мозг как основной регулирующий орган определяет не только эффективность всех физиологических процессов, но и степень психологического благополучия (самочувствия) и удовлетворения собой.

Нарушение работы мозга может привести как к истинному расстройству регуляции физиологических процессов (расстройствам аппетита, диспепсии, тахикардии, потливости, импотенции), так и к ложному чувству дискомфорта, неудовлетворения, недовольства своим физическим здоровьем (при фактическом отсутствии соматической патологии). Примерами соматических расстройств, возникающих вследствие психической патологии, являются описанные в предыдущей главе панические атаки.

Перечисленные в настоящей главе расстройства обычно возникают вторично, т.е. являются лишь симптомами каких-либо других нарушений (синдромов, заболеваний). Однако они доставляют столь значительное беспокойство пациентам, что требуют специального внимания врача, обсуждения, психотерапевтической коррекции и во многих случаях назначения специальных симптоматических средств. В МКБ-10 для обозначения таких расстройств предложены отдельные рубрики.

**Расстройства приема пищи**

Расстройства приема пищи (F 50) могут быть проявлением самых различных заболеваний. Резкое снижение аппетита характерно для депрессивного синдрома, хотя в некоторых случаях возможно и переедание. Понижение аппетита имеет место и при многих неврозах. При кататоническом синдроме нередко наблюдается отказ от еды (хотя при растормаживании таких больных обнаруживается их выраженная потребность в еде). Но в некоторых случаях нарушения приема пищи становятся важнейшим проявлением болезни. В связи с этим выделяют, например, синдром нервной анорексии и приступы булимии (они могут сочетаться у одного и того же больного).

***Синдром нервной анорексии***  развивается чаще у девушек в пубертатном и юношеском возрасте и выражается в сознательном отказе от еды с целью похудания. Для пациенток характерно недовольство своей внешностью ***(дисморфомания — дисморфофобия)***, около трети из них до возникновения заболевания имели небольшое превышение веса. Недовольство воображаемой тучностью больные тщательно скрывают, не обсуждают его ни с кем из посторонних. Снижение массы тела достигается ограничением количества пищи, 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 пищи. 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 артериального давления и пр. Наличие всех перечисленных симптомов говорит 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).

Лечение больных с расстройствами приема пищи должно проводиться с учетом основного диагноза, однако следует учитывать несколько общих рекомендаций, которые полезны при любом из вариантов нарушения питания.

Стационарное лечение в подобных случаях часто более эффективно, чем амбулаторное, поскольку в домашних условиях не удается достаточно хорошо контролировать прием пищи. Следует учитывать, что восполнение дефектов диеты, нормализация массы тела путем организации дробного питания и налаживания деятельности желудочно-кишечного тракта, общеукрепляющая терапия — обязательное условие успешности дальнейшей терапии. 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 (флюоксетин, сертралин). Большое значение для выздоровления имеет правильно организованная психотерапия.

**Расстройства сна**

Нарушение сна [F51] — 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. В связи с этим следует привести некоторые основные характеристики сна.

**Нормальный сон имеет различную продолжительность и состоит из ряда циклических колебаний уровня бодрствования. Наибольшее снижение активности ЦНС наблюдается в фазе медленного сна. Пробуждение в этом периоде связано с амнезией, снохождением, энурезом, ночными кошмарами. Фаза быстрого сна возникает впервые примерно через 90 мин после засыпания и сопровождается быстрыми движениями глаз, резким падением мышечного тонуса, повышением артериального давления, эрекцией пениса. ЭЭГ в этом периоде мало отличается от состояния бодрствования, при пробуждении люди рассказывают о наличии сновидений. У новорожденного быстрый сон составляет около 50 % от общей продолжительности сна, у взрослых медленный и быстрый сон занимают по 25 % от всего периода сна.**

***Бессоница*** [F51.0] — одна из наиболее частых жалоб среди соматических и психически больных. Бессонница связана не столько с уменьшением продолжительности сна, сколько с ухудшением его качества, чувством неудовлетворения.

Данный симптом по-разному проявляется в зависимости от причины бессонницы. Так, 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 выхода из конфликта. Основной проблемой в этом случае является процесс засыпания. Часто психотравмирующая ситуация вновь проигрывается в кошмарных сновидениях. При астеническом синдроме, характерном для ***неврастении*** и ***сосудистых заболеваний мозга*** (атеросклероза), когда имеет место раздражительность и гиперестезия, 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 и неотдохнувшими. Для страдающих ***депрессией*** характерны не только трудности засыпания, но и раннее пробуждение, а также отсутствие чувства сна. В утренние часы такие больные лежат с открытыми глазами. Приближение нового дня рождает в них самые тягостные чувства и мысли о самоубийстве. Пациенты с ***маниакальным синдромом***никогда не жалуются на расстройства сна, хотя общая его продолжительность может составлять у них 2—3 ч. Бессонница — один из ранних симптомов любого ***острого психоза*** (острого приступа шизофрении, алкогольного делирия и др.). Обычно отсутствие сна у психотических больных сочетается с чрезвычайно выраженной тревогой, чувством растерянности, несистематизированными бредовыми идеями, отдельными обманами восприятия (иллюзии, гипнагогические галлюцинации, кошмарные сновидения). Частой причиной бессонницы является ***состояние абстиненции*** вследствие злоупотребления психотропными средствами или алкоголем. Состояние абстиненции сопровождается нередко соматовегетативными расстройствами (тахикардия, колебания АД, гипергидроз, тремор) и выраженным стремлением к повторному приему алкоголя и лекарственных средств. Причинами бессонницы бывают также храп и сопутствующие ему ***приступы апноэ***.

Разнообразие причин бессонницы требует проведения тщательной дифференциальной диагностики. Во многих случаях требуется назначение индивидуально подобранных снотворных средств однако следует учитывать, что нередко более эффективным и безопасным методом лечения в данном случае является психотерапия. Например, поведенческая психотерапия предполагает соблюдение строгого режима (пробуждение всегда в одно и то же время, ритуал подготовки ко сну, регулярное использование неспецифических средств — теплая ванна, стакан теплого молока, ложечка меду и пр.). Довольно тягостно для многих пожилых людей связанное с возрастом естественное снижение потребности в сне. Им необходимо объяснить, что прием снотворных средств в этом случае бессмыслен. Следует посоветовать пациентам не ложиться спать прежде, чем возникнет сонливость, не лежать подолгу в постели, пытаясь усилием воли заснуть. Лучше встать, занять себя спокойным чтением или завершить мелкие хозяйственные дела и лечь позже, когда появится в этом потребность.

***Гиперсомния*** [F51.1] может сопутствовать бессоннице. Так, для недостаточно выспавшихся ночью больных характерна сонливость в дневное время. При возникновении гиперсомнии приходится проводить дифференциальную диагностику с органическими заболеваниями мозга (менингиты, опухоли, эндокринная патология), нарколепсией и синдромом Кляйна—Левина.

***Нарколепсия*** [G47.4] — относительно редкая патология, имеющая наследственную природу, не связана ни с эпилепсией, ни с психогениями. Характерно частое и быстрое возникновение фазы быстрого сна (уже через 10 мин 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 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, в других случаях применяют стимуляторы и антидепрессанты.

***Синдром Кляйна—Левина*** — чрезвычайно редкое расстройство, при котором гиперсомния сопровождается появлением эпизодов сужения сознания. Больные уединяются, ищут тихое место для дремоты. Сон очень длительный, но больного можно разбудить, хотя это часто связано с возникновением раздражения, подавленности, дезориентировки, бессвязной речью и амнезией. 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*** (см. раздел. 4.1). Психогенно обусловленные боли [F45.4] 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, вместилищем личности.

***Сердечные боли —*** частый симптом депрессии. Нередко они выражаются тяжелым чувством стеснения в груди, «камня 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 выраженной тревогой, страхом смерти. В отличие от острого сердечного приступа они хорошо купируются седативными средствами и валидолом, но не уменьшаются от приема нитроглицерина.

***Головная боль*** [G44] может указывать на наличие органического заболевания мозга, однако нередко возникает психогенно.

Психогенная головная боль иногда бывает следствием напряжения мышц апоневротического шлема и шеи (при выраженной тревоге), общего состояния подавленности (при субдепрессии) или самовнушения (при истерии). Тревожно-мнительные, педантичные личности нередко жалуются на иррадиирующие в плечи двусторонние тянущие и давящие боли в затылке и темени, усиливающиеся к вечеру, особенно после психотравмирующей ситуации. Кожа головы часто тоже становится болезненной («больно расчесывать волосы»). 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 страдание. Головные боли нередко наблюдаются при мягкой депрессии и, как правило, исчезают при утяжелении состояния. 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», «пронзает виски».

Органическими причинами головной боли бывают сосудистые заболевания мозга, повышение внутричерепного давления, лицевая невралгия, шейный остеохондроз. При сосудистых заболеваниях тягостные ощущения, как правило, имеют пульсирующий характер, зависят от повышения или снижения АД, облегчаются при пережатии сонных артерий, усиливаются при введении сосудорасширяющих средств (гистамин, нитроглицерин). Приступы сосудистого происхождения могут быть результатом гипертонического криза, алкогольного абстинентного синдрома, 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 характерную клиническую картину имеют приступы ***мигрени*** [G43]. Это периодически возникающие эпизоды чрезвычайно сильной головной боли, продолжающейся несколько часов, обычно захватывающей половину головы. Приступу может предшествовать аура в виде отчетливых психических расстройств (вялость или возбуждение, снижение слуха или слуховые галлюцинации, скотомы или зрительные галлюцинации, афазия, головокружения или ощущение неприятного запаха). Незадолго перед разрешением приступа нередко 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, проявления нормальной сексуальности значительно различаются. Важнейшим критерием диагноза является субъективное чувство неудовлетворенности, подавленности, тревоги, вины, возникающее у индивидуума в связи с половыми контактами. Иногда такое ощущение возникает при вполне физиологичных сексуальных отношениях.

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

Как показывает опыт, довольно часто причиной сексуальной дисфункции являются психологические факторы — личностная предрасположенность к тревоге и беспокойству, вынужденные длительные перерывы в сексуальных отношениях, отсутствие постоянного партнера, ощущение собственной непривлекательности, неосознаваемая неприязнь, существенное различие ожидаемых стереотипов сексуального поведения в паре, воспитание, осуждающее сексуальные отношения, и др. Нередко расстройства связаны со страхом перед началом половой жизни или, наоборот, после 40 лет — с приближающейся инволюцией и боязнью 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 антидепрессанты, необратимые ингибиторы МАО, нейролептики, литий, гипотензивные средства — клофелин и др., мочегонные — спиронолактон, гипотиазид, антипаркинсонические средства, сердечные гликозиды, анаприлин, индометацин, клофибрат и пр.). Довольно частой причиной сексуальной дисфункции является злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь, барбитураты, опиаты, гашиш, кокаин, фенамин и др.).

Правильная диагностика причины нарушения позволяет выработать наиболее эффективную лечебную тактику. Психогенный характер расстройств определяет высокую эффективность психотерапевтического лечения. Идеальный вариант — работа одновременно с обоими партнерами 2 сотрудничающих групп специалистов, однако и индивидуальная психотерапия дает положительный результат. 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 и применение слабых нейролептиков — для задержки при преждевременно наступающей эякуляции, неспецифическая терапия — в случае выраженной астении (витамины, ноотропы, рефлексотерапия, электросон, биостимуляторы типа женьшеня).

**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 в зависимости от тяжести заболевания форму навязчивых мыслей, сверхценных 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 способствует неосторожное высказывание врача (ят-рогения) или неправильно истолкованная медицинская информация (реклама, «болезнь второго 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.*** Эмоционально-волевое оскудение у данных больных часто заставляет их в связи с 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 сами больные могут не замечать или даже отрицать наличие тоски. Среди жалоб преобладают боли (сердечные, головные, абдоминальные, псевдорадикулярные и суставные), расстройства сна, чувство стеснения в груди, колебания АД, нарушения аппетита (как снижение, так и повышение), запор, снижение или увеличение массы тела. Хотя на прямой вопрос о наличии тоски и психологических переживаний обычно больные отвечают отрицательно, однако при осторожном расспросе можно выявить неспособность испытывать радость, стремление уйти от общения, чувство безнадежности, удрученность тем, что обычные домашние заботы и любимая работа стали тяготить больного. Довольно характерно обострение симптомов в утренние часы. Нередко отмечаются характерные соматические «стигмы» — сухость во рту, расширение зрачков. Важный признак маскированной депрессии — разрыв между обилием тягостных ощущений и скудостью 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 (в частности, депрессия бывает ранним проявлением злокачественных опухолей).

**Истерические конверсионные расстройства**

***Конверсия*** рассматривается как один их 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).

Удивительное разнообразие конверсионных симптомов, их сходство с самыми различными органическими заболеваниями позволили Ж. М. Шарко (1825—1893) назвать истерию «великой симулянткой». 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, чувство нехватки воздуха, нарушения глотания, слабость в руках и ногах, заикание, афония, чувство озноба, неопределенные ощущения покалывания и ползания мурашек.

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 психотравмой, но и его дальнейшее течение зависит от актуальности психологических переживаний, наличия дополнительных травмирующих факторов. Во-вторых, следует учитывать странный, не соответствующий типичной картине соматической болезни набор симптомов. Проявления истерических расстройств таковы, как их себе представляет больной, поэтому наличие у пациента некоторого опыта общения с соматическими больными делает его симптоматику более схожей с органической. В-третьих, следует учитывать, что конверсионные симптомы предназначены для привлечения внимания окружающих, поэтому они никогда не возникают при пребывании пациента наедине с самим собой. Больные нередко стараются подчеркнуть уникальность имеющейся у них симптоматики. Чем больше внимания врач уделяет расстройству, тем более выраженным оно становится. Например, просьба врача говорить немного погромче может вызвать полную потерю голоса. Напротив, отвлечение внимания больного приводит к исчезновению симптоматики. Наконец, следует учитывать, что не всеми функциями организма можно управлять посредством самовнушения. Ряд безусловных рефлексов и объективных показателей работы организма может использоваться для надежной диагностики.

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 название ***синдрома Мюнхгаузена.*** Бесцельность подобного вымысла, болезненность многочисленных перенесенных процедур, 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*** (гиперестезия) 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 все труднее понимать каждый следующий вопрос, ответы его становятся все более неточными, наконец он отказывается от дальнейшего разговора, поскольку не имеет больше сил поддерживать беседу. Повышенная раздражительность проявляется яркой вегетативной реакцией на лице, склонностью к слезам, обидчивостью, иногда неожиданной резкостью в ответах, иногда сопровождающейся последующими извинениями.

Соматовегетативные расстройства при астеническом синдроме неспецифичны. Это могут быть жалобы на боли (головные, в области сердца, в суставах или животе). Нередко отмечаются повышенная потливость, чувство «приливов», головокружение, тошнота, резкая мышечная слабость. Обычно наблюдаются колебания АД (подъемы, падение, обмороки), тахикардия.

Почти постоянное проявление астении — ***нарушение сна.***В дневное время больные, как правило, испытывают сонливость, стремятся уединиться и отдохнуть. Однако ночью они часто не могут заснуть, поскольку им мешают любые посторонние звуки, яркий свет луны, складки в постели, пружины кровати и т.д. В середине ночи они, совершенно измотанные, наконец засыпают, но спят очень чутко, их мучат «кошмары». Поэтому в утренние часы больные чувствуют, что совершенно не отдохнули, им хочется спать.

Астенический синдром является наиболее простым расстройством в ряду психопатологических синдромов , поэтому признаки астении могут входить в какой-либо более сложный синдром (депрессивный, психоорганический). Всегда следует сделать попытку определить, нет ли какого-то более грубого расстройства, чтобы не ошибиться в диагнозе. В частности, при депрессии хорошо заметны витальные признаки тоски (похудание, стеснение в груди, суточные колебания настроения, резкое подавление влечений, сухость кожных покровов, отсутствие слез, идеи самообвинения), при психоорганическом синдроме заметны интеллектуально-мнестическое снижение и изменения личности (обстоятельность, слабодушие, дисфории, гипомнезия и др.). В отличие от истерических соматоформных расстройств больные с астенией не нуждаются в обществе и сочувствии, они стремятся уединиться, раздражаются 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. Однако наиболее ярко данный синдром прослеживается у больных неврастенией ) и различными экзогенными заболеваниями — инфекционным, травматическим, интоксикационным или сосудистым поражением мозга . При эндогенных заболеваниях (шизофрения, МДП) отчетливые признаки астении определяются редко. Пассивность больных шизофренией обычно объясняется не отсутствием сил, а отсутствием воли. Депрессию у больных МДП обычно рассматривают как сильную эмоцию этому соответствуют сверхценные и бредовые идеи самообвинения и самоуничижения.