

Н.Н. Иванец
Ю.Г. Тюльпин
М.А. Кинкулькина

Психиатрия и медицинская психология

Учебник

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» по дисциплине «Психиатрия, медицинская психология», а также по специальностям «Медико-профилактическое дело», «Стоматология» по дисциплине «Психиатрия и наркология»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	12
Предисловие	14
Введение (<i>Иванец Н.Н.</i>)	16
Часть I. Теоретические основы наук о поведении человека (<i>Тюльпин Ю.Г.</i>)	27
Глава 1. Биологические основы поведения человека	29
1.1. Генетические факторы	30
1.2. Биохимические механизмы	34
1.3. Соотношение структуры и функций мозга	40
Задания для самоконтроля	44
Глава 2. Психологические механизмы поведения человека.	46
2.1. Основные концепции в психологии	46
2.2. Потребности, стресс, фрустрация, конфликт	59
2.3. Стратегии преодоления стресса, механизмы психологической защиты.	71
2.4. Психология межличностного общения.	81
2.5. Возрастные аспекты поведения человека	89
Задания для самоконтроля	95
Глава 3. Личность здоровая и патологическая	98
3.1. Структура личности	98
3.2. Темперамент и психофизиологическая конституция.	103
3.3. Акцентуации характера	109
3.4. Патологические личности	112
Задания для самоконтроля	118
Список литературы	119
Часть II. Общие вопросы психиатрии	123
Глава 4. История развития психиатрии (<i>Иванец Н.Н.</i>)	125
Задания для самоконтроля	134
Глава 5. Организация психиатрической помощи в Российской Федерации. Правовые и этические вопросы психиатрии (<i>Тюльпин Ю.Г., Корнеев В.А.</i>)	136

5.1. Основные положения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»	136
5.2. Организация психиатрической помощи в России	141
5.3. Юридические аспекты психиатрии	152
5.4. Этические аспекты психиатрии	157
Задания для самоконтроля	163
Глава 6. Психиатрическое обследование (Тюльпин Ю.Г.).	166
6.1. Клинический метод	166
6.2. Значение общесоматического и лабораторного исследований	172
6.3. Нейрофизиологические методы	177
6.4. Исследование структуры мозга	179
6.5. Психологические методы	180
Задания для самоконтроля	187
Глава 7. Общие вопросы семиотики психических расстройств (Тюльпин Ю.Г.)	189
7.1. Психопатологические симптомы	190
7.2. Психопатологические синдромы	191
7.3. Расстройства невротического и психотического уровней	193
7.4. Продуктивная и негативная симптоматика	195
7.5. Понятие регистров психических расстройств	197
Задания для самоконтроля	201
Глава 8. Расстройства ощущений и восприятия (Тюльпин Ю.Г.).	203
8.1. Расстройства ощущений	204
8.2. Обманы восприятия	208
8.3. Психосенсорные расстройства (расстройства сенсорного синтеза)	216
8.4. Дереперсонализация и деперсонализация	218
8.5. Синдром галлюциноза	219
Задания для самоконтроля	220
Глава 9. Расстройства мышления (Тюльпин Ю.Г.)	222
9.1. Расстройства ассоциативного процесса	223
9.2. Патология суждений и умозаключений	231
9.3. Синдромы нарушения мышления	241
Задания для самоконтроля	249

Глава 10. Мнестические расстройства (<i>Тюльпин Ю.Г.</i>)	251
10.1. Дисмнезии	252
10.2. Парамнезии	256
10.3. Корсаковский амнестический синдром	257
Задания для самоконтроля	260
Глава 11. Нарушения интеллекта (<i>Тюльпин Ю.Г.</i>)	261
11.1. Синдромы недоразвития интеллекта	264
11.2. Синдромы снижения интеллекта	267
Задания для самоконтроля	272
Глава 12. Расстройства эмоционально-волевой сферы (<i>Тюльпин Ю.Г.</i>)	274
12.1. Симптомы эмоциональных расстройств	277
12.2. Симптомы расстройств воли и влечений	281
12.3. Синдромы эмоционально-волевых расстройств	286
Задания для самоконтроля	297
Глава 13. Расстройства двигательной сферы (<i>Тюльпин Ю.Г.</i>)	300
13.1. Кататонический и гебефренический синдромы	301
13.2. Другие формы возбуждения	306
13.3. Другие варианты ступора	309
Задания для самоконтроля	312
Глава 14. Расстройства внимания и нарушения сознания (<i>Тюльпин Ю.Г.</i>)	313
14.1. Расстройства внимания	316
14.2. Синдромы снижения уровня сознания	317
14.3. Синдромы помрачения сознания	318
Задания для самоконтроля	329
Глава 15. Пароксизмальные расстройства (<i>Тюльпин Ю.Г.</i>)	331
15.1. Эпилептиформные пароксизмы	331
15.2. Приступы тревоги с соматовегетативной симптоматикой.	338
15.3. Истерические припадки	339
Задания для самоконтроля	341
Глава 16. Соматические расстройства и нарушения физиологических функций как проявление психической патологии (<i>Тюльпин Ю.Г.</i>)	343

16.1. Расстройства приема пищи	343
16.2. Расстройства сна	347
16.3. Боль	351
16.4. Расстройства сексуальных функций	353
16.5. Ипохондрия	356
16.6. Маскированная депрессия.	357
16.7. Истерические конверсионные расстройства	358
16.8. Астенический синдром.	360
Задания для самоконтроля	362
Глава 17. Терапия психических расстройств. Основные принципы профилактики и реабилитации (Тюльпин Ю.Г.)	364
17.1 Методы нелекарственного общебиологического воздействия	365
17.2. Психофармакотерапия.	370
17.3. Психотерапия.	403
17.4. Психопрофилактика и реабилитация	411
Задания для самоконтроля	415
Список литературы	417
Часть III. Частная психиатрия	421
Глава 18. Классификация психических расстройств (Тюльпин Ю.Г.)	423
18.1. Основные принципы систематики психических расстройств.	424
18.2. Нозологический подход в построении классификации	427
18.3. Основные положения Международной классификации болезней 10-го пересмотра	434
Задания для самоконтроля	435
Глава 19. Органические, экзогенные и соматогенные психические расстройства (Тюльпин Ю.Г.)	437
19.1. Общие вопросы диагностики и систематики	437
19.2. Атрофические (дегенеративные) заболевания головного мозга	442
19.3. Психические расстройства вследствие поражения сосудов головного мозга.	450
19.4. Психические расстройства инфекционной природы	457

19.5. Психические расстройства вследствие внутричерепных опухолей	469
19.6. Психические расстройства вследствие травмы головы	472
19.7. Психические расстройства вследствие интоксикации	476
19.8. Психические расстройства при соматических заболеваниях	481
Задания для самоконтроля	486
Глава 20. Эпилепсия (Тюльпин Ю.Г.)	488
20.1. Систематика эпилепсии и эпилептиформных расстройств	488
20.2. Клиническая картина и течение заболевания	490
20.3. Этиология и патогенез	497
20.4. Диагностика и дифференциальная диагностика	499
20.5. Лечение, профилактика и реабилитация	502
Задания для самоконтроля	505
Глава 21. Расстройства вследствие употребления алкоголя и других психоактивных веществ (Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А.)	508
21.1. Общие вопросы наркологии	509
21.2. Расстройства вследствие злоупотребления алкоголем	520
21.3. Наркомании и токсикомании	563
Задания для самоконтроля	591
Глава 22. Шизофрения и сходные с ней расстройства (Тюльпин Ю.Г.)	595
22.1. Шизофрения	596
22.2. Другие бредовые психозы	622
22.3. Дифференциальная диагностика	625
22.4. Лечение, профилактика и реабилитация	628
Задания для самоконтроля	631
Глава 23. Аффективные психозы (Тюльпин Ю.Г.)	634
23.1. Систематика аффективных психозов	634
23.2. Клинические проявления маниакально-депрессивного психоза	636

23.3. Этиология и патогенез аффективных расстройств	644
23.4. Дифференциальная диагностика аффективных расстройств.	646
23.5. Лечение, профилактика и реабилитация	648
Задания для самоконтроля	651
Глава 24. Расстройства вследствие эмоционального стресса (Тюльпин Ю.Г.)	654
24.1. Общие критерии диагностики. Систематика психогенных заболеваний	654
24.2. Реактивные психозы.	660
24.3. Неврозы	669
24.4. Невротические реакции.	686
Задания для самоконтроля	687
Глава 25. Расстройства личности и поведения у взрослых (Тюльпин Ю.Г.)	690
25.1. Психопатии	691
25.2. Расстройства влечений.	713
25.3. Этиология и патогенез расстройств поведения	715
25.4. Дифференциальная диагностика	717
25.5. Лечение, профилактика и реабилитация	718
Задания для самоконтроля	720
Глава 26. Умственная отсталость (олигофрения) (Тюльпин Ю.Г.)	723
26.1. Проявления, критерии диагностики и систематика.	724
26.2. Дифференцированные формы олигофрении.	732
26.3. Дифференциальная диагностика	741
26.4. Профилактика, лечение и реабилитация	744
Задания для самоконтроля	746
Глава 27. Особенности психических расстройств в детском и подростковом возрасте (Тюльпин Ю.Г.)	748
27.1. Нарушения развития в детском возрасте	749
27.2. Расстройства, специфичные для детского и подросткового возраста.	753
27.3. Особенности проявления основных психических заболеваний в детском возрасте	759

27.4. Особенности лечения и ухода в случае психических расстройств у детей	762
Задания для самоконтроля	765
Глава 28. Неотложные состояния в психиатрии	767
28.1. Психомоторное возбуждение и агрессивное поведение	768
28.2. Суицидальное и аутоагрессивное поведение	770
28.3. Отказ от еды	773
28.4. Тяжело протекающий делирий	774
28.5. Эпилептический статус	777
28.6. Фебрильная шизофрения	778
28.7. Острые осложнения психофармакотерапии	782
28.8. Острая интоксикация лекарственными средствами и психоактивными веществами	784
Задания для самоконтроля	789
Список литературы	791
Часть IV. Специальные вопросы медицинской психологии	795
Глава 29. Потребности участников лечебного процесса. Причины неудовлетворенности (Тюльпин Ю.Г.)	797
29.1. Потребности участников лечебного процесса	797
29.2. Неудовлетворенность пациентов	804
29.3. Неудовлетворенность медицинских работников. Синдром эмоционального выгорания	807
Задания для самоконтроля	812
Глава 30. Внутренняя картина болезни. Психосоматические расстройства (Тюльпин Ю.Г.)	814
30.1. Внутренняя картина болезни	814
30.2. Психосоматические расстройства	830
Задания для самоконтроля	837
Глава 31. Психологически сложные ситуации в медицине (Тюльпин Ю.Г., Балабанова В.В.)	839
31.1. Отказ от лечения	839
31.2. «Неудобные» вопросы	842

31.3. Тяжелые, неизлечимые заболевания и смерть	843
31.4. Сообщение негативной информации	848
31.5. Тревога и паника	854
31.6. Симуляция, аггравация и диссимуляция	857
31.7. Врачи и высокопоставленные лица в качестве пациентов	859
Задания для самоконтроля	860
Список литературы	862
Ответы к заданиям для самоконтроля	864
Приложения	880
Предметный указатель	888

Глава 16

СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И НАРУШЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Знание соматических проявлений психических заболеваний чрезвычайно важно для врача любой специальности. Приходится учитывать следующие факты. Во-первых, соматические жалобы предъявляют более половины всех пациентов, имеющих психическое расстройство. При этом соматическое нарушение как психологически более понятное заставляет больных в первую очередь обращаться к врачам-интернистам. Во-вторых, соматические нарушения при психических заболеваниях могут напоминать практически все известные соматические заболевания, дифференциальная диагностика во многих случаях представляет серьезную трудность. 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 подавляющем большинстве случаев оказывается неэффективным.

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

16.1. РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ

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

Расстройства приема пищи могут представлять собой:	
самостоятельное расстройство: <ul style="list-style-type: none"> – нервная анорексия [F50.0]; – булимия [F50.2]; – пикацизм (пика) [F50.8]; – пикацизм у детей [F98.3] 	проявление других синдромов: <ul style="list-style-type: none"> – депрессия; – кататония; – бред отравления; – АС

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

Больной 62 лет с диагнозом «инволюционный параноид» стал высказывать недоверие к своей жене. Постоянно спрашивал, из чего сделано то или иное блюдо. Иногда пробовал приготовленное, но потом отказывался есть. Стал жаловаться дочери на то, что ее мать подсыпает ему что-то в пищу. Подозревал, что жена «хочет найти себе более молодого» и поэтому решила избавиться от него. Покупал себе продукты сам, хранил их в своей комнате, считал, что в холодильнике «ненадежно, поскольку туда лазают все подряд».

При поступлении в клинику: отказывается обсуждать с врачом тему питания, также отказывается от еды, которую ему предлагают в больнице. Не хочет обсуждать этот вопрос с медицинскими сестрами и санитарями, которые интересуются, почему вся еда осталась нетронутой. Не принимает передач от жены, ест только продукты, которые принесла ему дочь. При этом долго проверяет упаковку, выбрасывает продукт, если находит повод сомневаться в целостности упаковки. После назначения нейролептиков начал есть больничную пищу, однако постоянно жаловался на одну из медицинских сестер, что она «всегда крутится возле буфета», отказывался есть в те дни, когда она дежурила.

Синдром нервной анорексии (*anorexia nervosa*) развивается чаще у девушек в пубертатном и юношеском возрасте и выражается в сознательном отказе от еды в целях похудения. Для пациенток характерно недовольство своей внешностью (*дисморфомания-дисморфофобия*), около трети из них до возникновения заболевания имели небольшое превышение массы тела. 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 АД и др. Наличие всех перечисленных симптомов свидетельствует о формировании кахектической стадии процесса, сопровождаемой адинамией, потерей трудоспособности. При возникновении данного синдрома в пубертатном периоде возможна задержка полового созревания.

Кахектическая стадия при нервной анорексии свидетельствует о необходимости немедленной (в том числе недобровольной) госпитализации.

Булимия — неконтролируемое и быстрое поглощение большого количества 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 средства и диуретики.

Нервная анорексия и булимия в некоторых случаях бывают инициальным проявлением прогрессивного психического заболевания (шизофрении). В этом случае на первый план выступают аутизм, нарушение контактов с близкими родственниками, вычурная (иногда бредовая) трактовка целей голодания. Другая частая причина нервной

анорексии — психопатические черты характера. Таким пациенткам свойственны стеничность, упрямство и упорство. Они настойчиво стремятся к достижению идеала во всем (обычно прилежно учатся).

Пикацизм¹ (пика) — 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 повторное возникновение такого поведения наблюдают при раннем детском аутизме (см. раздел 27.1). 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 необходимо проводить 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 удастся достаточно хорошо контролировать прием пищи. Обязательными условиями 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 [оланзапин, рисперидон, перфеназин (этаперазин*), хлорпромазин (аминазин*)] и другие средства, блокирующие гистаминовые рецепторы [прометазин (пипольфен*), ципрогептадин], а также ТЦА (амитриптилин) повышают аппетит и вызывают прибавку массы тела. Для уменьшения аппетита раньше применяли психостимуляторы, однако они вызывают зависимость и сердечно-сосудистые расстройства. Мягким анорексогенным действием обладают некоторые противосудорожные средства (топирамат) и антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), таких как флуоксетин, сертралин. Большое значение для выздоровления имеют правильно организованная психотерапия, соблюдение режима дня и соответствующая диета.

¹ От лат. *pica* — «сорока».

16.2. РАССТРОЙСТВА СНА

Нарушения 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. В связи с этим следует привести некоторые основные характеристики здорового сна.

Нормальный сон имеет различную продолжительность и состоит из ряда циклических колебаний уровня бодрствования. *Фаза медленного сна* соответствует наибольшему снижению активности ЦНС, на ЭЭГ отмечают гиперсинхронизацию (медленные волны). Пробуждение в этом периоде связано с амнезией, снохождением, энурезом, ночными кошмарами. *Фаза быстрого сна* возникает впервые приблизительно через 90 мин после засыпания и сопровождается быстрыми движениями глаз, резким падением мышечного тонуса, повышением АД, эрекцией пениса. ЭЭГ в этом периоде мало отличается от состояния бодрствования, при пробуждении люди рассказывают о сновидениях. У новорожденного быстрый сон составляет около 50% общей продолжительности сна, у взрослых медленный и быстрый сон занимают по 25% всего периода сна, а 50% сна — неглубокий, чуткий, легкий сон, при котором медленноволновая активность не выражена, пробуждение не затруднено.

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

Возможные причины жалоб на ухудшение сна:

- особые жизненные ситуации — приятные и неприятные ожидания, обида, интересная работа, тревога за будущее, смена часовых поясов, непривычная обстановка и др.;
- естественное уменьшение потребности во сне у пожилых;
- острые психозы — депрессия, мания, острый приступ шизофрении, делирий;
- астенический синдром при неврозах и сосудистых заболеваниях;
- ночное апноэ;
- зависимость от алкоголя, наркотиков и снотворных средств;
- боль.

При возникновении нарушений сна в первую очередь важно исключить *острые психозы*: депрессию, манию, 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 на то, что всю ночь не сомкнули глаз, чувствуют подавленность и безнадежность в утренние часы. При *мании* больные деятельны, суетливы, никак не хотят ложиться спать, рано просыпаются и тут же включаются в работу, заявляют, что не нуждаются в сне. При *делирии* больному мешает заснуть тревога, при любой попытке закрыть глаза возникают пугающие кошмары, видения, образы. *Острый приступ шизофрении* также может сопровождаться тревогой, возбуждением, галлюцинациями или, наоборот, бессмысленным упрямством, ступором, отказом лечь в постель. Во всех этих случаях нужна срочная госпитализация.

Причиной настойчивых просьб дать снотворное может быть *зависимость* от алкоголя, наркотиков или снотворных средств. Бессонница бывает весьма характерным проявлением синдрома отмены (АС). Обращает на себя внимание тот факт, что больному для засыпания необходима доза, существенно превышающая среднюю. В борьбе с лекарственной зависимостью стремятся к полному отказу от приема опасного вещества, но во многих случаях этого нельзя сделать одномоментно, так как полная отмена может привести к возникновению опасных для жизни состояний (делирия, эпилептического статуса и др.). По этой причине при лечении зависимости от барбитуратов и транквилизаторов дозу снотворных средств уменьшают постепенно и сочетают их с лекарственным средством, не вызывающими зависимости, например, седативными нейролептиками (левомепромазином, хлорпротиксеном, кветиапином) или антидепрессантами (миансерин, мirtазапин).

Нарушения сна у больных с *неврозом* обусловлены тяжелой психотравмирующей ситуацией. Пациенты могут, лежа в постели, подолгу обдумывать беспокоящие их факты, искать выход из конфликта. Основной проблемой в этом случае становится процесс *засыпания*. При посттравматическом стрессовом расстройстве трагическое событие каждую ночь вновь проигрывается в кошмарных сновидениях (см. в разделе 24.2 «Клинические варианты реактивных психозов»). При астеническом синдроме вследствие *неврастении* и *сосудистых заболеваний мозга* (атеросклероза) на фоне раздражительности и гиперестезии больные особенно чувствительны к любым посторонним

звукам: тиканью будильника, звукам капающей воды, шуму транспорта — все эти не дает им уснуть. Ночью они спят чутко, часто просыпаются, а утром чувствуют себя совершенно разбитыми и не отдохнувшими.

У пациентов соматических отделений для восстановления сна часто приходится позаботиться об избавлении их от *боли*. Специальное лечение назначают больным с храпом и кратковременными остановками дыхания по ночам (*синдром ночного апноэ*). Часто причиной бессонницы бывает нарушение режима работы и отдыха, а также естественное снижение потребности в сне у пожилых. В последнем 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 воздух, ровная жесткая постель;
- не следует дремать днем;
- не следует ложиться в постель, пока не появилась потребность в 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 следует проводить с учетом основного расстройства. Так, при остром психозе предпочтение отдают седативным нейролептикам, при депрессии — антидепрессантам с выраженным седативным эффектом. Транквилизаторы рассматривают как относительно универсальные средства, однако при их применении следует опасаться формирования зависимости, поэтому назначение транквилизаторов на длительный срок (более 2 нед) недопустимо. Кроме того, они не влияют на причину бессонницы, а значит, следует их

комбинировать с другими видами лечения (психотерапией, назначением антидепрессантов, лечением патологического влечения к алкоголю и др.). 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 (таких как менингиты, опухоли, эндокринная патология) сонливость может быть проявлением начинающегося расстройства сознания (сомноленции, оглушения). Гиперсомнию также отмечают при нарколепсии и синдроме Кляйне—Левина.

Нарколепсия [G47.4] — относительно редкая патология, имеющая наследственную природу (у всех пациентов обнаруживают антиген HLA-DR2, кодируемый геном, расположенным на коротком плече хромосомы 6), не связана ни с эпилепсией, ни с эмоциональным стрессом. Характерно частое и преждевременное возникновение фазы быстрого сна (уже через 10 мин после засыпания), что клинически проявляется приступами резкого снижения мышечного тонуса (катаплексией), 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 излечения достигали принудительным сном в дневное время, всегда в один и тот же час; также применяют стимуляторы и активизирующие антидепрессанты. Пациентам рекомендуют воздерживаться от приема спиртного и курения, а также снизить массу тела.

Юноша 22 лет родом из Индии, студент медицинского института, с 17-летнего возраста отмечает приступы дневной сонливости, которые сопровождаются яркими сновидениями. Иногда, находясь в сонном состоянии, чувствовал, что заснул в неподходящий момент, пытался заставить себя проснуться, но чувствовал, что тело его не слушается, не мог пошевелиться. Засыпал днем не менее 4–5 раз приблизительно на 10–15 мин. Ночью видел разнообразные кошмары, проснувшись, не мог понять, было это на самом деле или во сне. Однажды во время каникул из-за духоты в доме ночевал на крыше. Увидел страшную женщину, похожую на ведьму, которая наклонилась над его постелью и смеялась прямо в лицо. Вскочил с постели, женщина протянула к нему руки. Понял, что это лишь видение, только когда оказался на краю крыши. За последние 5 лет данное расстройство не прогрессировало. После летнего отдыха количество дневных засыпаний становилось меньше.

Синдром Кляйне–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 происходит спонтанная ремиссия.

16.3. БОЛЬ

Неприятные ощущения в теле бывают 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. 8.1). Психогенно обусловленная боль может возникать в голове, груди, суставах, спине. Высказывается точка зрения, что при психогениях больше всего беспокоит та часть тела, которая, по мнению больного, является наиболее важной, жизненно необходимой.

В психиатрической практике боль может быть следствием:	
<p>неврологического или соматического расстройства:</p> <ul style="list-style-type: none"> – мигрени; – повышения внутричерепного давления; – поражения периферических нервов; – ишемии; – мышечного спазма (например, головная боль напряжения) 	<p>психического расстройства:</p> <ul style="list-style-type: none"> – депрессии; – истерии [F45.4]; – неврастении; – АС

Боль в области сердца — частый симптом депрессии. Нередко она выражается тяжелым чувством стеснения в груди, «камня на сердце». Такая боль весьма стойкая, усиливается в утренние часы, сопровождается чувством безнадежности. Неприятные ощущения в области сердца часто сопутствуют тревожным эпизодам (паническим атакам) у страдающих неврозами. Эта остро возникающая боль всегда сочетается с выраженной тревогой, страхом смерти. В отличие от острого сердечного приступа, она хорошо купируется седативными средствами и валидолом, но не уменьшается после приема нитроглицерина.

Головная боль [G44] может указывать на органическое заболевание мозга, однако нередко возникает психогенно. Психогенная головная боль бывает следствием напряжения мышц апоневротического шлема и шеи (при выраженной тревоге), общего состояния подавленности (при субдепрессии) или самовнушения (при истерии).

Головную боль нередко наблюдают при *мягкой депрессии*, при последующем усугублении состояния она, как правило, исчезает. Такая боль нарастает 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». *Головная боль напряжения* — двусторонняя тянущая и давящая боль в затылке и темени, иррадиирующая 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 («болжно 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.

Органическими причинами головной боли бывают поражение сосудов 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 (гистамина, нитроглицерина). Приступы сосудистого происхождения могут быть результатом гипертонического криза, алкогольного АС, повышения температуры тела. Головная боль — важный симптом для диагностики объемных процессов в мозге. В этом случае она вызвана *повышением внутричерепного давления*. Такая боль нарастает к утру, усиливается при движениях головы, сопровождается рвотой без предшествующей тошноты. Повышению внутричерепного давления сопутствуют такие симптомы, как брадикардия, снижение уровня сознания (оглушение, обнубияция) и характерная картина глазного дна (застойные диски зрительных нервов). *Невралгическая боль* чаще локализуется 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 возникает рвота. Считают, что причина мигренозной боли — неконтролируемое локальное расширение сосудов мозга. Стандартные обезболивающие и сосудорасширяющие средства в этом случае малоэффективны. Довольно быстро боль купируют средства, активизирующие серотониновую систему (суматриптан, золмитриптан, наратриптан, элетриптан и др.), особенно при интраназальном введении. Однако при завершении их действия приступ может вернуться вновь. Для профилактики приступов используют ципрогептадин, антидепрессанты, карбамазепин, β -адреноблокаторы, однако не во всех случаях удастся полностью избежать повторения головной боли.

При шизофрении истинная головная боль возникает весьма редко. Гораздо чаще присутствуют крайне вычурные сенестопатические ощущения: «мозг плавится», «сжеживаются извилины», «кости черепа дышат».

16.4. РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Понятие **сексуальной дисфункции** [F52] не вполне определенное, 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 ставшая доступной информация о сексуальной жизни. С одной стороны, она позволяет сделать более разнообразной сексуальную жизнь тех пар, где существует гармония, с другой стороны, такая информация способна усиливать страхи и тревожные ожидания у мнительных людей, что может стать серьезной психологической проблемой. Поводом обращения к врачу бывает субъективное чувство неудовлетворенности, подавленности, тревоги, вины, возникающее у человека в связи с половыми контактами, иногда такое чувство 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), 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 становятся *психологические факторы*: предрасположенность к тревоге и беспокойству, вынужденные длительные перерывы в сексуальных отношениях, отсутствие постоянного партнера, ощущение собственной непривлекательности, чувство неприязни 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 в связи с приближающейся инволюцией и страхом потерять сексуальную привлекательность.

Значительно реже причиной сексуальной дисфункции бывает тяжелое *психическое расстройство* (депрессия, эндокринные и сосудистые заболевания, паркинсонизм, эпилепсия). Еще реже сексуальные нарушения обусловлены общими *соматическими заболеваниями* и локальной патологией половых органов. Возможно расстройство сексуальной функции при назначении некоторых *лекарственных средств* [ТЦА и серотонинергических антидепрессантов, нейрелептиков, препаратов лития, гипотензивных средства (клонидина и др.), мочегонных (спиронолактона, гидрохлоротиазида), антипаркинсонических средств, сердечных гликозидов, β -адреноблокаторов), индометацина и др.]. Довольно часто причиной сексуальной дисфункции становится *злоупотребление ПАВ* (такими как алкоголь, барбитураты, опиаты, гашиш, кокаин, амфетамин[®] и др.).

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, поскольку последние чувствуют себя скованными и 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) приводит к выздоровлению. Большое значение для сексуальной гармонии в паре имеет знание различий в мужской и женской сексуальности. Следует объяснить, что, в отли-

чие 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 используют 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 (применяют пентоксифиллин, витамины, ноотропы, рефлексотерапия, электросон, биостимуляторы типа женьшеня). В качестве средств повышения уверенности в себе при нарушениях эрекции у мужчин используют йохимбина гидрохлорид и специфические ингибиторы фосфодиэстеразы: силденафил (виагру*) и тадалафил (сиалис*).

Особое положение занимают *извращения сексуального влечения* — парафилии: гомосексуализм, бисексуализм, педофилия, садомазохизм, фетишизм, вуайеризм, эксгибиционизм. Патологическими считают только те варианты сексуального удовлетворения, которые приводят к грубому нарушению поведения человека в обществе, вызывают его дезадаптацию и становятся причиной страданий его самого или других людей. В этом смысле гармоничные гомосексуальные отношения, удовлетворяющие обоих партнеров, а также элементы садомазохистского поведения и фетиши, используемые в сексуальной жизни пары по взаимной договоренности, к расстройствам не относят. В то же время люди, испытывающие гомосексуальное влечение, могут обращаться за помощью к психологам и психиатрам в связи с чувством вины и подавленности, они могут страдать от неприятия их обществом и близкими, а также от противоречия с их собственными (в том числе религиозными) убеждениями [F66.2]. При оказании помощи таким пациентам приходится учитывать то, что особенности сексуального влечения человека отличаются стойкостью, попытки изменить направленность влечения с помощью лекарственных средств или психотерапии обычно не при-

водят к успеху. Психотерапевтическая помощь направлена на усиление контроля за поведением, а также на избавление от бессмысленного чувства вины, гармонизацию отношений в семье и с окружающими.

16.5. ИПОХОНДРИЯ

Ипохондрией называют необоснованное беспокойство о собственном здоровье, постоянные мысли о мнимом соматическом расстройстве, возможном 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 (ятрогения) или неправильно истолкованная медицинская информация (реклама, «болезнь третьего 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 возражение со стороны 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, обоня-

тельными галлюцинациями, ощущением постороннего воздействия, явлением автоматизма (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 данных больных часто заставляют их в связи с предполагаемой болезнью отказаться от работы, прекратить выходить на улицу, избегать общения.

16.6. МАСКИРОВАННАЯ ДЕПРЕССИЯ

Широкое использование в общесоматической практике современных антидепрессантов показало, 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 недепрессивного регистра — навязчивости, алкоголизация. В отличие от классической, такую депрессию называют *маскированной (ларвированной, соматизированной, латентной)*.

Диагностика скрытой депрессии затруднена, поскольку сами больные могут не замечать или даже отрицать наличие тоски. Предлагаемые опросники позволяют лишь предположить наличие депрессии (см. приложение 3). Преобладают жалобы соматического характера: боль (сердечная, головная, абдоминальная, псевдорадикалярная и суставная), 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 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 домашние заботы и любимая работа стали тяготить. 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 скудостью объективных данных.

Важно учитывать характерную динамику эндогенных депрессивных приступов, склонность к затяжному течению и неожиданному беспричинному разрешению. Иногда больным ошибочно устанавливают диагнозы «гипотиреоз», «остеохондроз», «вегетососудистая дистония», «иммунодефицит», «герпетическая инфекция» и др. Интересно, что присоединение инфекции с высокой температурой тела (гриппа, тонзиллита) может сопровождаться смягчением чувства тоски или даже оборвать приступ депрессии. В анамнезе у подобных больных нередко обнаруживают периоды беспричинной хандры, сопровождавшиеся неумеренным курением, алкоголизацией и проходящие 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).

16.7. ИСТЕРИЧЕСКИЕ КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА

Конверсию рассматривают как один из механизмов психологической защиты (см. табл. 2.5). Предполагают, 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 (истерического невроза, истерической психопатии, истерических реакций).

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 человека. 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, неустойчивость при ходьбе и в положении стоя (астазия-абазия), мутизм, слепота и глухота. В последние годы появились новые симптомы, соответствующие заболеваниям, получившим широкое распространение. Это боль в голове, груди, спине, суставах, чувство нехватки воздуха, нарушения глотания, слабость в руках и ногах, заикание, афония, чувство озноба, неопределенные ощущения покалывания и ползания мурашек.

Признаки истерических конверсионных расстройств:

- возникают непосредственно после эмоционального стресса;
- характеризуются атипичным набором симптомов (не похожи на описанные в руководствах проявления известных заболеваний);
- усиливаются, если к ним приковано внимание окружающих;
- исчезают, если больной отвлекается или успокаивается;
- не затрагивают функций, не контролируемых сознанием (безусловные рефлексy).

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 душевных 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. К примеру, просьба врача говорить немного погромче может вызвать полную потерю голоса. Напротив, если больного отвлечь, то симптомы могут полностью исчезнуть. Наконец, следует учитывать, что не всеми функциями организма можно управлять посредством самовнушения. Безусловные рефлексy и объективные показатели ра-

боты организма (электрокардиограмма, ЭЭГ, температура тела, АД, показатели крови и др.) на фоне истерических расстройств остаются неизменными.

Изредка конверсионная симптоматика становится 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.

16.8. АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

В общесоматической практике чрезвычайно часто встречаются пациенты с астеническим синдромом. Проявления астении крайне многообразны, но всегда можно обнаружить такие основные компоненты, как *выраженная истощаемость* (быстрая утомляемость), *повышенная раздражительность* (гиперестезия) и *соматовегетативные расстройства*. При диагностике астении 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, сопровождающейся последующими извинениями.

Соматовегетативные расстройства при астеническом синдроме неспецифичны. Это могут быть жалобы на боль (головную, в области сердца, в суставах или животе). Нередко отмечают повышенную потливость, чувство «приливов», головокружение, тошноту, бурление в животе, чувство переполнения желудка, резкую мышечную слабость. Обычно выявляют колебания АД (повышение, снижение, обмороки), тахикардию.

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 мучают «кошмары», поэтому в утренние часы больные чувствуют, что совершенно не отдохнули, им хочется спать.

Астенический синдром считают самым мягким расстройством в ряду психопатологических синдромов (см. рис. 7.1), поэтому признаки астении могут быть компонентом более сложного синдрома (депрессивного, психоорганического). Всегда следует попытаться определить, нет ли более тяжелого расстройства, чтобы не ошибиться в диагнозе. В частности, при депрессии хорошо заметны витальные признаки тоски (похудение, стеснение в груди, суточные колебания настроения, резкое подавление влечений, сухость кожных покровов, отсутствие слез, идеи самообвинения), при психоорганическом синдроме присутствуют 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.

Беспричинное нарастание астенической симптоматики должно в первую очередь настораживать в отношении возможности скрытого органического заболевания ЦНС: сосудистой недостаточности, ВИЧ-инфекции, сифилитического менингоэнцефалита, интоксикации при злокачественных опухолях и др.

Астенический синдром наименее специфичен из всех психических расстройств. Он может встретиться почти при любом психическом заболевании, часто появляется у соматических больных. Довольно ярко данный синдром прослеживается у пациентов с неврастенией (см. в разделе 24.3 «Клинические проявления различных неврозов») и различными органическими заболеваниями — инфекционным, травматическим, интоксикационным или сосудистым поражением мозга (см. раздел 19.1). При эндогенных заболеваниях (шизофрении, МДП) отчетливые признаки астении выявляют редко. Пассивность больных шизофренией обычно обусловлена не повышенной утомляемостью, а отсутствием воли. Депрессию у больных МДП обычно рассматривают не как истощение (астению), а как сильную (стеничную) эмоцию.

Задания для самоконтроля

Выберите среди слов, заключенных в скобки, верный вариант.

1. Абсолютный отказ от приема пищи, противодействие попыткам накормить характерно для пациентов с (*депрессией; кататонией; нервной анорексией; абстинентным синдромом*).

2. Ситуацию, при которой больной ест достаточно в присутствии других людей, но затем вызывает рвоту и принимает средства для похудения, наблюдают при (*депрессии; кататонии; нервной анорексии; абстинентном синдроме*).

3. Пикацизм и копрофагия чаще всего наблюдаются при тяжелой (*депрессии; астении; мании; олигофрении*).

4. Булимия чаще всего сочетается с (*депрессией; кататонией; нервной анорексией; абстинентным синдромом*).

5. Раннее пробуждение и отсутствие чувства сна — типичные проявления (*астенического синдрома; нарколепсии; депрессии; делирия; синдрома Кляйне—Левина*).

6. Приступы сонливости с резким падением тонуса и гипнагогическими галлюцинациями наблюдают при (*неврастении; нарколепсии; депрессии; мании; синдроме Мюнхгаузена*).

7. Обостренная реакция на звуки, трудности при засыпании, поверхностный сон, не приносящий отдыха, присутствуют при (*астеническом синдроме; кататонии; депрессии; мании; синдроме Кляйне—Левина*).

8. Распирающая головная боль, возникающая во второй половине ночи, сопровождаемая рвотой, обычно бывает следствием (*мигрени; депрессии; ишемии; напряжения апоневротического шлема; повышения внутричерепного давления*).

9. Боль за грудиной нередко возникает при (*мании; депрессии; неврастении; эпилепсии; нарколепсии*).

10. Повторная головная боль, которой предшествуют галлюцинации, скорее всего является признаком (*мигрени; депрессии; шизофрении; напряжения апоневротического шлема; повышения внутричерепного давления*).

11. Важнейшим методом в лечении сексуальной дисфункции считают (*серотонинергические антидепрессанты; ингибиторы фосфодиэстеразы; рефлексотерапию; психотерапию*).

12. Сексуальная функция часто нарушается при всех перечисленных расстройствах, кроме (*мании; депрессии; неврастении; абстинентного синдрома; церебрального артериосклероза*).

13. Конверсию считают типичным механизмом (*мании; депрессии; неврастении; истерии; шизофрении*).

14. Истерическая боль обычно (*соответствует типичным зонам иннервации; усиливается в утренние часы; исчезает при переключении внимания на другой предмет; обостряется в одиночестве*).

15. Безусловные рефлексы при истерии (*исчезают; симметрично ослабляются; симметрично усиливаются; ослабляются с одной стороны; остаются неизменными*).

16. Астенический синдром (*характерен для шизофрении; входит в состав депрессивного синдрома; проявляется ангедонией; считается неспецифичным расстройством*).