**1. Психосоматика**

**1.1 Понятие о соматоформных расстройствах, представления об их происхождении**

Соматоформные расстройства – группа весьма обширная, расплывчатая, представленная в основном в феноменологическом аспекте. Причины и механизмы их происхождения указываются нечетко. Вместе с тем основной признак соматоформных расстройств для врачей общесоматических ЛПУ ясен и пациенты узнаваемы. Это повторяющееся возникновение «физических» симптомов и настойчивые в связи с этим требования медицинского обследования; последние пи этом дают отрицательный результат**.** Частота соматоформных расстройств в общесоматической практике – 20-25%.

Из определения понятия соматоформные расстройства следуют и их распознающие признаки: несоответствие объективных данных и субъективных ощущений; невозможность уложить симптомы физического недомогания в определенную соматическую патологию; несоответствие поведения пациента с соматоформными расстройствами поведению истинно соматического больного с объективными признаками заболевания; эффективность психотропной, а не «соматотропной терапии».

Соматоформные расстройства всегда необходимо дифферинцировать от эндогенных психических заболеваний (маскированных депрессий, шизофрении). Так же следует тщательно исключить трудно выявляемую соматическую патологию – например, сослаться на невроз всегда легче.

В весьма большом числе случаев при соматоформных расстройствах выявляется наличие перед их возникновением или в прошлом эмоционального стресса или состояний фрустрации. Факторы стресса могут быть весьма разнообразны: от экстремальных (стихийные бедствия, смерть члена семьи), до не столь значимых (например, необходимость перемены жизненного стереотипа). Чем менее существенен стресс, тем большая роль принадлежит личностным особенностям заболевшего (тревожные, зависимые, астеноневротичнские и другие акцентуированные личности).

**1.2 Психосоматические состояния и их происхождение**

Психосоматические состояния – это соматически расстройства, возникающие из-за действия неблагоприятных психогенных факторов.

К классическим психосоматическим заболеваниям относят гипертоническую болезнь, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка и ДПК, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит, нейродермит, тиреотоксикоз и др.

Происхождение психосоматических состояний – это сложный, многофакторный процесс, который включает в себя:

наследственную предрасположенность к психосоматическим состояниям.

врожденную патологию, приводящую к поражению лимбических структур головного мозга;

перенапряжение в нейрогуморальной системе;

личностные особенности человека;

неблагоприятные социальные факторы.

**1.3 Маскирование соматическими ощущениями эндогенных психических заболеваний**

Эндогенные психические заболевания – те, где патология не обусловлена внешними воздействиям, а лежит внутри больного, благодаря, например, наследственному отягощению или дисфункций нейрофизиологических или нейрохимических процессов, а также возникающих без вмешательства извне. Традиционно к эндогенным психическим заболеваниям относят шизофрению, маниакально-депрессивный психоз и частично – эпилепсию. При всех этих 3х заболеваниях могут возникать тягостные телесные ощущения. Они маскируют, затрудняют диагностику вышеуказанных эндогенных заболеваний.

Попасть под наблюдение врачей общесоматических ЛПУ могут прежде всего пациенты с сенестопатически-ипохондрическим синдромом.

*Сенестопатии –* неприятные, тягостные, иногда мучительные ощущения в различных частях тела. Они описываются больными как неоформленные, неопределенные и беспредметные.

*Ипохондрические идеи –* полная или частичная уверенность пациентов в более тяжелой болезни, чем им диагностируют. Они могут носить характер страхов и поддаваться переубеждению; или idea fix, когда они не носят нелепого характера, но переубеждению почти не поддаются; или нелепых, бредовыхс идей, когда переубеждение совершенно невозможно.

Чаще всего вышеописанные проявления могут возникать при депрессиях. Депрессию в рамках аффективных расстройств могут маскировать и иные проявления, помимо сенестопатий и ипохондричности, например, необъяснимое снижение веса, запоры, разнообразные аллергические феномены, аменорея и пр.

**2. Психопатологические синдромы, возникающие преимущественно вследствие соматогенных влияний (Симптоматические психозы)**

**2.1 Астенический синдром**

Астения (с лат.) – психическая слабость. Причины: аноксия нервной ткани при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем; воздействие на мозг токсических продуктов при инфекциях, интоксикациях и аутоинтоксикациях; хронический болевой синдром и ряд других вредоносных для мозга воздействий.

Клинические проявления.

Основным и постоянным симптомом астении является психическая истощаемость (утомляемость). Она выражена при умственной деятельности, и мало заметна при физической. Утомление быстро наступает при относительно несложных занятиях (легкое чтение, просмотр телепередач, разговор). Признаками наступающего утомления являются рассеянность, внутреннее напряжение, а так же возникающие неглубокие вегетативные расстройства – головные боли, потливость и др.

Вторым классическим проявлением астении является раздражительность (раздражительность и утомляемость часто объединяют в раздражительную слабость).

Различают *гиперстенический и гипостенический* варианты астении, с преобладанием соответственно раздражительности или утомляемости. Если в гипостеническом варианте особенно выражены апатия и отсутствие побуждений к деятельности, говорят об астеноадинамическом синдроме. При заметно выраженной астении раздражительность охватывает и непереносимость внешних раздражителей (громких звуков, резких запахов, неожиданных прикосновений, внезапного включения света и т.п.).

При астениях нарушается внимание, причём все его свойства – концентрация, переключаемость, объём.

Больные часто жалуются на «потерю памяти». На самом деле запоминание текущих событий не страдает, а нарушается процесс репродукции памяти

Основные свойства мышления (способность к анализу и синтезу, конкретизации и абстрагированию) не страдают. Ориентировка в месте и во времени никогда не утрачиваются.

Кардинальным симптомом астении является нарушение сна. Оно принимет разные формы: возможны затруднение засыпания, ранние пробуждения, частые пробуждения с отсутствием чувства отдыха после сна.

Аппетит при астении может быть снижен, причем при выраженной апатии больные могут не осуществлять малейшего усилия что бы пойти за пищей

Астения, особенно при гиперстенической форме нередко сопровождается многообразными вегетативными расстройствами. Жалобы на: головокружение, чувство недостатка воздуха, неполноценности вдоха, колющие боли в области сердца, тошноту, отрыжку, давящие ощущения в области желудка, учащенное мочеиспускание. Может наблюдаться периодическое истериоформное поведение (плаксивость, детское поведении, стремление вызвать к себе жалость, истерические плач или смех).

**Стиль поведения мед.сестры**

Больных с астеническими проявлениями не следует утомлять разговорами. больные плохо выдерживают быстрые смены занятий и редко может осуществлять 2 из них одновременно («гонка» по процедурам в утренние часы мучительна, но нуждается в перерывах на отдых). Не допускать чрезмерного залёживания больных, целесообразны непродолжительные прогулки, легкое чтение, неконфликтное общение. Создание идеальных условий для сна (свежий воздух, оптимальная температура, исключение внешних раздражений, минимальная пищевая нагрузка перед сном, ограничение волнующих занятий).

**2.2 Синдромы помрачения сознания**

Наиболее частой формой помрачения сознания при соматических заболеваниях является ***делирий****.* Его основные признаки следующие:

дезориентировка в месте и во времени с сохранением аутопсихической ориентировки;

наплыв галлюцинаций (большей частью зрительных);

страх;

психомоторное возбуждение (речедвигательное).

При любом заболевании делирий чаще развивается у лиц с алкоголизмом в анамнезе. Признаки начала делирия, его предвестники должны быть известны персоналу общесоматических ЛПУ. Эти признаки следующие:

появление внутреннего беспокойства, пугливости;

еще большее увеличение чувствительности к любым внешним раздражениям (тихому разговору, легкому прикосновению);

яркие образные представления, сравнимые с видимыми наяву, при закрывании глаз (гипнагогические галлюцинации);

появление фигур, изображений животных, человеческих лиц на обоях, местах неровностей стен, особенно в вечернее время – парэйдолические иллюзии;

появление истинных зрительных галлюцинаций лишь в вечернее время. Это – предделириозное состояние.

Далее следует развернутая стадия делирия. Помрачение сознания. Выраженность психических нарушений постоянно колеблется, наблюдаются светлые промежутки. При новом наплыве галлюцинаций больной может совершить агрессию, выброситься в окно.

Делириозное состояние большей частью оканчивается критически, после длительного сна. После окончания делирия наблюдаются длительные астенические состояния.

Разновидности делирия:

абортивный делирий. Кратковременный, легко протекающий, его развитие заканчивается на пределириозной стадии.

профессиональный делирий. Больной имитирует выполнение привычных для него действий («забивает гвозди, стрижет, рисует»). Ориентировка во времени и пространстве полностью нарушена.

мустирующий (бормочущий) делирий. У больных наблюдается тихая и совершенно бессвязная речь, внешние признаки галлюцинирования, возбуждение в пределах постели, хватательные движения. Иногда выкрикивание отдельных слов. Характерен для терминальных стадий заболеваний.

делириозно-амнетивные состояния. Их диагностируют, когда в картине больше выражены бессвязность речи и хаотичность возбуждения. Такая форм характерна для острых интоксикаций (атропин, димедрол)

делириозно-онейроидное состояние. Особенно яркие фантастические галлюцинации, частично нарушена аутопсихическая ориентировка.

**Тактика мед.сестры.** При первых признаках срочный вызов психиатра. Один такой больной может дезорганизовать работу всего отделения.

***Аменция.***

Более тяжелая форма помрачения сознания, которая рассматривается как реакция истощенной нервной системы; возникает при длительных, изнуряющих организм патологических состояний. Наиболее часто наблюдается при мозговых инфекциях.

Основные признаки аменции:

дезориентировка в месте и во времени, в собственной личности,

аффект растерянности,

бессвязность речи, в то же время речевое возбуждение

хаотическое возбуждение в пределах постели

полная амнезия периода помрачения сознания.

Внешний вид больного: пациент совершает многообразные мелкие движения, поворачивает голову, вглядывается в окружающих с недоумением. речь представляет поток несвязанных слов. Больной может пытаться вылезти из постели, не сопротивляется при помещении его обратно. Для аменции характерно полное отсутствие сна, ночью возбуждение усиливается. Течение длительное.

**Тактика мед. сестры.** Необходим срочное однократное психиатрическое консультирование, что бы по возможности предупредить неблагоприятный исход – переход в малообратимый психоорганический синдром.

***Сумеречные состояния сознания.***

Чаще всего возникают, когда экзогенные вредности затрагивают структуры головного мозга (например, при малярии и СПИДе).

Основные признаки сумеречных состояний:

пароксизмальность (внезапность) начала и окончания;

полная дезориентировка больного;

сохранение автоматизированных движений, обычно однообразных;

полная амнезия периода помраченного состояния.

Название «сумеречного» это состояние получило из-за сравнения с человеком, который идет по бесконечному коридору в сумерках, видя узкую полоску света перед собой. Больной в сумеречном состоянии всегда представляет опасность для окружающих: бесцельная ходьба может вдруг смениться бессмысленной агрессией, нападением. После агрессивного акта больной засыпает.

**Тактика.** При возникновении сумеречных состояний необходим экстренный вызов психиатра для срочной терапии.

***Особые состояния сознания***

Их отличает наличие так называемых «психосенсорных расстройств», к которым относят следующие:

расстройства «схемы тела»: тело, или отдельные его части представляются увеличенными, уменьшенными, смещенными относительно друг друга.

метаморфопсии – окружающие предметы так же представляются уменьшенными или увеличенными, или искривленными, однако их качество определяется правильно.

расстройство восприятия пространства: оно может представляться увеличенным, углубленным, плоским.

феномены «де жа вю», когда незнакомая обстановка представляется уже виденной, или «жа мя вю», когда привычное кажется виденным впервые.

***Оглушенность.***

Часто является реакцией на экзогенную вредность у детей, часто развивается при неврологической патологии, во всех случаях когда наблюдается отек мозга, нередка при интоксикациях.

Основные признаки:

затрудненное и замедленное осмысливание окружающего

выраженная речевая и двигательная заторможенность. отсутствие спонтанной двигательной и речевой активности

повышение порога ответа к внешним раздражителям

нарушение запоминания

частичная амнезия периода помраченного сознания.

Больной аспонтаннен, вне внешних раздражений лежит неподвижно, не реагируя на происходящее вокруг. На вопросы отвечает с замедлением, часто просит повторить вопрос, так как он его уже забыл. Эмоциональное состояние характеризуется апатией, но иногда наблюдается эйфория.

Больной не представляет опасности. Длительная оглушенность таит опасность развития «Корсаковского синдрома» или психоорганического синдрома.

**2.3 Аффективные расстройства**

В психиатрии в основном различают 2 из них, причем с противоположным знаком.

*Мании* (маниакальные состояния): повышение настроения, увеличение речевой активности, двигательная расторможенность, иногда идеи переоценки собственной личности.

*Депрессии* (депрессивные состояния): снижение настроения, потеря способности радоваться чему-нибудь, уныние, тоска, тревога. Кроме того: снижение речевой активности, ухудшение интеллектуальных функций, двигательная заторможенность. Наблюдаются идее самообвинения.

**2.4 Галлюцинаторно-параноидные расстройства и галлюцинозы**

Варианты расстройств:

галлюцинаторно-параноидный синдром (слуховые галлюцинации, бред отношения и преследования)

депрессивно-параноидный синдром (идеи дурного обращения и чувства вины; галлюцинации, как правило, отсутствуют)

галлюцинозы (наплыв слуховых галлюцинаций без отчетливой бредовой их интерпритации)

Во всех случаях таких расстройств необходимо вызвать врача-психиатра, т.к. больные представляют опасность.

**2.5 Неблагоприятные исходы соматогенных психозов Синдромы, связанные с расстройством памяти**

Все синдромы, связанные с расстройством памяти, относятся к «переходным» и являются исходом длительного и тяжелого помрачения сознания (делирия, аменции, оглушенности), остающимися после их окончания.

Описываются следующие состояния:

«Корсаковский синдром». наблюдается невозможность запоминания текущих событий и отсюда дезориентировка во времени. Провалы в памяти заполняются ложными воспоминаниями:

а) псевдореминисценциями, когда действительно имеющие место события переносятся в иное, обычно самое ближайшее время;

б) конфабуляциями – вымышленными событиями.

Кроме того, наблюдаются астенические явления и апатия

«Корсаковский синдром» - термин в России общепринятый. По МКБ-10, это «органический амнестический симптомокомплекс, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными средствами». Наблюдается как следствие тяжелых инфекций, опухолей мозга или тяжелых мозговых травм. Его происхождение связано с поражением диэнцефальной области гиппокампа.

*Конфабулез.* Наблюдается наплыв ложных воспоминаний, однако, нарушение запоминания текущих событий не так выражена, как при Корсаковском синдроме. Наблюдается после исчезновения помрачения сознания при инфекциях и ЧМТ.

*Экспансивно-конфабуляторный синдром*. Наряду с ложными воспоминаниями и нарушением запоминания, наблюдается повышенное настроение и нелепые идеи величия.

Конфабулятивная спутанность.. Наплыв ложных воспоминаний (конфабуляций) настолько велик, что заслоняет реальность. Пациенты обнаруживают ложную ориентировку во времени и пространстве. Развивается после травм и инфекций.

**Психоорганический синдром**

= «органическое расстройство личности».

Включает в себя «триаду Вальтер-Бюэля»:

эмоциональную лабильность, эмоциональное недержание

расстройство памяти

расстройство интеллекта

ПОС м.б. следствием опухолей мозга, ЧМТ, мозговых и общих инфекций, интоксикаций, соматических заболеваний с тяжелым течением (цирроз, уремия).

Снижается способность справляться с длительной целенаправленной деятельностью, даже простой, теряется способность адаптироваться к новой ситуации. Речь становится вязкой, с ненужными ассоциациями. иногда больные полностью безвольны. Часты нарушения инстиктивных влечений: гиперфагия, гиперсексуальность, изменение сексуальных предпочтений.

**3. Невротические и психические расстройства, развивающиеся вследствие искаженной реакции на болезнь (Нозогении)**

**3.1 Невротические реакции и невротические состояния**

Невротические реакции кратковременны. Их диагностирую, когда они продолжаются не более 3 мес. Невротические состояния затягиваются на пол года и более.

Невротические реакции возникают чаще всего после объявления пациенту диагноза достаточно серьёзной болезни, при измене его социального положения, при физической неполноценности, изменении внешности. Чаще всего развивается тревожность, страх неизвестного, приступы отчаяния и паники, снижение настроения. Больные становятся раздражительными, легко утомляемыми, у них расстраивается сон. Они с трудом концентрируют внимание и память, поскольку все мысли связаны с болезнью. Отмечается вегето-сосудистая неустойчивость – реакции чаще всего с симпато-тонической направленности или смешанные (сердцебиения, колебания АД в сторону увеличения, чувство нехватки воздуха, потливость, дизурия и др.). У мужчин м.б. приходящая импотенция.

Разнообразные фобии в этот период полиморфны и кратковременны. При отдалении от медицинского учреждения или прекращении процедур фобии ослабевают, заслоняются житейскими событиями, с тем чтобы возобновиться вновь в соответствующей обстановке или ситуации, причем с большей силой.

Невротические реакции нередко затягиваются, и тогда из передиагностируют в невротические состояния. При этом изменения в структуре невротических реакций предвещают характер будущих невротических состояний. Так, формирование 1-2 стойких фобий вместо многих чередующихся чревато развитием тревожно-фобического синдрома Постоянное прислушивание к своему телу, фиксация на внутренних ощущениях – развитием ипохондрии. Нарастание тоски, мрачных предчувствий, переживание безнадежности – предвестники невротической депрессии. Наконец, повышенное стремление вызвать к себе жалость, демонстративное преувеличение страданий – прелюдия к развитию истероформного поведения.

**3.2 Тревожно-фобические расстройства**

Тревожно-фобические расстройства в рамках нозогений развиваются при наличии реальной угрозы здоровью, однако являются одной из форм преувеличенной реакции на болезнь. Включают следующие элементы: тревогу и необоснованные и преувеличенные опасения.

выраженность тревог может колебаться от чувства внутренней напряженности и волнения до острой паники. Фобии прямо или косвенно относятся к ситуации болезни, в которой находится пациент. Так, в отделениях кардиологического профиля у больных с ИБС, с приступами стенокардии всегда имеется определенный процент пациентов, испытывающих постоянное ожидание приступа (кардиофобия).

При Нерезко выраженных тревожно-фобических расстройствах страх возникает, если повторилась ситуация, при которой произошел приступ боли или какое-то другое неприятное проявление; при более выраженных тревожно-фобических расстройствах – от одной лишь мысли о повторении этой ситуации. В особо тяжелых случаях развивается «фобофобия» - страх повторения страха, независимо от того, в какой ситуации оказывается пациент.

Пациенты, как правило, сознают болезненный характер фобий или постоянных навязчивых мыслей о возможных осложнениях заболевания и обращаются к врачу по профилю.

При появлении фобий, совершенно не связанных с болезнью, пациенту необходимо назначить консультацию психиатра для исключения развития эндогенного психического расстройства, особенно шизофрении.

При неблагоприятном течении или запущенности тревожно-фобических расстройств они могут приобрести характер «патологического развития личности». Болезнь меняет социальный статус – пациент боится выходить из дома, все чаще пользуется больничным, ограничивает общение, меняет характер занятий, выбирая самые легкие и не волнующие.

**3.3 Ипохондрический синдром (в рамках нозогений)**

*Ипохондрия –* результат особого внимания уделяемого отдельной органной функции.

*Ипохондрическое расстройство –* чрезмерное, не имеющее реальных оснований внимание к своему здоровью, озабоченность даже незначительным недомоганием, или убежденность в наличии тяжелых болезней.

*Ипохондрический бред –* ошибочное заключение по поводу состояния собственного здоровья.

*Основной признак ипохондрического расстройства*заключается в постоянной озабоченности возможностью заболевания одним или более прогрессирующим соматическим расстройством.

Ипохондрический синдром – продукт интеллектуальной обработки. Ипохондрический синдром ригиден, больные испытывают недоверие к врачам, лекарствам и диагностическим процедурам. Отвлечь, разубедить их удается на очень короткое время. Больные с ипохондрическим синдромом испытывают повышенный интерес и недоверие к назначаемым препаратам, прочитывают литературу о них, и при проявлении даже незначительных побочных эффектов могут отказаться от их приема. С особенным недоверием они относятся к психотропным средствам, а к консультациям психиатра и даже психолога относятся с возмущением. отношение к лечению – желание лечиться, парадоксально сочетающееся с недоверием к врачам и лекарствам – распространяется и на диагностические процедуры

На основе ипохондрического синдрома в рамках нозогений легко возникает один из вариантов патологического развития личности. Происходит сужение круга интересов, ограничивающихся собственной болезнью; пациенты постоянно о ней говорят, советуются, становятся тягостными для окружающих. Нарастает эгоцентризм – пренебрежение интересами близких, чужие интересы просто не замечаются на фоне своего «очень больного состояния». Настроение становится сниженным постоянно.

**3.4 Депрессивный синдром**

При депрессивном синдроме в рамках нозогений депрессии более глубоки, чем при соматогенно обусловленных.

Клиническая картина таких депрессий может быть разнообразной. Пациентов преследует мысль о тяжелой, смертельной. неизлечимой болезни. При этом речь идет не о периодических острых страхах, а о чувстве тоски.

Снижение настроения может особенно сильно проявляться ранним утром, когда пациент просыпается с чувством разбитости, и в вечернее время, когда, несмотря на отсутствие умственных и физических нагрузок, наступает утомление.

У больных расстраивается сон, они с трудом концентрирую внимание и память; мышление замедленно и затруднено. Часты жалобы на постоянное утомление, на неспособность справиться даже с простейшими жизненными ситуациями, утрату удовольствия от любой деятельности, потерю прежних увлечений.

Аппетит у больных снижен, умеренно снижается и вес. Отмечают снижение либидо.

Двигательная активность также несколько снижается; больные апатичны, мало разговорчивы. Однако, если депрессия сочетается с тревогой, больные могут быть расторможены – ходят по отделению, многословно высказывают свои тревоги другим больным и персоналу.

Идеи самообвинения могут иметь место, но не носят бредового характера. Больные могут обвинять себя в греховности, в том, что они сами виноваты в своем заболевании, что от этого страдает семья. Больных больше всего мучает бесперспективность.

Мысли о смерти, суицидные идеи у больных возникают часто, но они редко реализуются в намерения, тем более в действия. Последнее наиболее вероятно у пациентов с онкологической патологией, или другими неизличимыми заболеваниями. Такие проявления эндогенных депрессий, как «болезненное бесчувствие», ощущение локализации тоски в теле, деперсонализация, при депрессиях в рамках нозогений нехарактерны.

**3.5 Истероформные проявления**

Истероформные проявления при соматическом заболевании наблюдаются при так называемом «эгоцентрическом типе отношений» у лиц, в преморбиде которых присутствуют те или иные элементы ис терического поведения: театральность, фантазирование, слова и действия «напоказ», временами истерические стигмы (смех, плач).

В условиях общесоматических ЛПУ больные с истероформнымм поведением, склонные преувеличивать глубину своих страданий, описывают их чрезмерно образно, с излишней аффектацией в голосе и театральными жестами. Пациенты всегда стремятся переключить внимание персонала на себя и в других больных видят конкурентов. В ответ на замечания других больных или мед персонала у таких лиц могут возникать истерические смех или плач, припадки с падением или заламыванием рук, дрожью (в отличие от больных с эпилепсией, они избегают травм и никогда не упускают мочу). Возможны при этом и другие соматические истероформные проявления (длительные кашель, отрыжка, тошнота).

Больные с истероформным поведением могут для привлечения внимания придумывать себе другие заболевания или симптомы (феномен «нозофилии»), посещать врачей различного профиля.

**3.6 Паранойяльный синдром**

В психиатрии под понятием «паранойяльный синдром» подразумевается постепенно формирующиеся и систематизированные, не соответствующие действительности идеи, развивающиеся в отсутствие галлюцинаций. Стоек, с трудом поддается терапии и может, длительно сохраняясь, не приводить к распаду мышления или слабоумию.

Для таких индивидуумов характерна неадекватно высокая самооценка, высокомерие, склонность к нравоучениям; они некритичны к себе, всегда уверенны в правильности своих высказываний и поступков. не терпят противоречий. В своих неудачах обвиняют только других. Чрезмерно подозрительны, в словах и поступках других ищут тайный смысл.

В ситуации болезни ищут виновных, развиваются сверхценные идеи: от примитивных суждений о сглазе и порче, до утверждений типа «сослуживцы затравили», «родные довели».

Поступая в отделение, они внимательно следят за действиями медперсонала, легко затевают конфликты, являясь активной стороной. Могут заявить, что диагноз в силу некомпетентности врачи поставить не могут, лечат не так, относятся не столь внимательно, как к другим пациентам. Такие больные крайне склонны к писанию жалоб.

Могут наблюдаться следующие формы паранойяльного бреда:

Дисморфоманический (дисморфофобический) бред – уверенность в своем физическом уродстве, привнесенном болезнью. Действительные изменения внешности гипертрофируются. К бредовым переживаниям могут присоединиться депрессия с суицидными наклонностями.

«Паранойя здоровья». В этих случаях больные непоколебимо уверенны во вреде лекарств, любых мед вмешетельств. вообще обращений к врачу. Они устанавливают свой режим и свои методы лечения: изнуряющий бег, обливания ледяной водой и пр. Такие пациенты склонны прислушиваться к рекламным призывам, хоть чем-то отличающимися от официальных мдицинских, нередко верят только в экстрасенсов или парапсихологов.