



Семененя И.Н.✉, Переверзев В.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Проблема психосоматических расстройств: лекция

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Семененя И.Н. – концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста, редактирование; Переверзев В.А. – концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста, редактирование.

Подана: 12.04.2023

Принята: 19.06.2023

Контакты: insemenenya@yandex.by

Резюме

В статье представлен обзор сведений, посвященных проблеме широко распространенных в человеческой популяции психосоматических расстройств (ПСР), являющихся своего рода бичом человеческой цивилизации и имеющих тенденцию к постоянному росту их проявлений. Рассматриваются вопросы этиологии и патогенеза ПСР, жизненные ситуации, приводящие к возникновению ПСР, роль негативных мыслей и эмоционального фактора в их возникновении. Представлена общая схема патогенеза ПСР, основанная на сдвиге баланса процессов возбуждения и торможения в ЦНС в сторону преобладания первых. Угнетение тормозных процессов приводит к снижению порогов возбудимости для разных сенсорных систем организма, развитию общей гиперестезии и гиперреактивности организма на действие внешних и внутренних, в том числе подпороговых, раздражителей, что и лежит в основе механизмов ПСР. Рассмотрены основные клинические проявления ПСР и общие подходы к лечению пациентов с этой патологией. Обосновывается ведущее значение фактора настроения, вектора негативных и позитивных мыслей в возникновении и купировании ПСР.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, патогенность негативных мыслей, общая гиперестезия, полиморфная клиническая симптоматика, хорошее настроение как профилактический и лечебный фактор



Igor N. Semenenyа✉, Vladimir A. Pereverzev
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Psychosomatic Disorders Issue: A Lecture

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Igor N. Semenenyа – research concept and design, material collecting, processing, text writing, editing; Vladimir A. Pereverzev – research concept and design, material collecting, processing, text writing, editing.

Submitted: 12.04.2023

Accepted: 19.06.2023

Contacts: insemenenyа@yandex.by

Abstract

The article presents a review of information devoted to the issue of psychosomatic disorders (PSD) widespread in the human population, which are a kind of scourge of human civilization having a tendency towards a continuous increase in their manifestations. Questions of PSD etiology and pathogenesis, life situations leading to PSD, and the role of negative thoughts and the emotional factors in their occurrence are considered. A general PSD pathogenesis scheme is presented, based on a shift in the balance of excitation and inhibition processes in the central nervous system towards the predominance of the former. Inhibitory processes suppression leads to lower excitability thresholds for different sensory systems of the body, to general hyperesthesia and hyperreactivity to both external and internal, including subthreshold ones, stimuli, which underlies PSD mechanisms. The main clinical manifestations of PSD and general approaches to the treatment of patients with this pathology are considered. The leading importance of the mood factor and negative and positive thoughts vector in PSD occurrence and relief is substantiated.

Keywords: psychosomatic disorders, pathogenicity of negative thoughts, general hyperesthesia, polymorphic clinical symptoms, good mood as a preventive and therapeutic factor

■ ВВЕДЕНИЕ

Жизнь современного человека характеризуется колоссальными нагрузками на психическую сферу, естественным следствием которых являются эмоциональные перегрузки и стрессы, приводящие к снижению устойчивости психики к действию различных информационных факторов, нарушениям в системе психического управления соматической (телесной) сферой, то есть органами и тканями. В значительной части случаев такие нарушения приводят к возникновению психосоматических расстройств (ПСР), то есть психогенно или эмоциогенно обусловленных функциональных (обратимых) нарушений в деятельности органов и систем организма. Длительное течение ПСР может привести к развитию стойких органических изменений – психосоматических заболеваний. К ним, в частности, относятся артериальная гипертония, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки,

неспецифический язвенный колит, тиреотоксикоз, сахарный диабет, ревматоидный артрит, нейродермит, псориаз и др. [1–3].

Хорошо известно, что психика является высшей и самой мощной управляющей системой организма, в арсенале которой находятся все нервные и химические регуляторы. Ни одна клеточка не свободна от регулирующего влияния психики, и любая мысль влияет на течение молекулярно-генетических, биохимических, биофизических, физиологических и патологических процессов в организме в соответствии со своим содержанием [4]. Надо понимать, что тело человека является всего лишь инструментом для реализации психической деятельности, а тело без психики, без мысли – это биологический материал, подлежащий захоронению, как ни цинично это звучит. Йоги, например, усилием воли способны изменять частоту сердечных сокращений в диапазоне от 0 до 300 в минуту [5, 6]. Швейцарские ученые в 2014 г. показали возможность управления активностью отдельных генов силой мысли [7]. Максим Горький, работая над книгой «Жизнь Матвея Кожемякина», описывал эпизод, когда муж в припадке ревности убивает свою жену ударом ножа в печень. Писатель настолько эмоционально представлял эту сцену, что упал в обморок, и у него появилась ярко-багровая полоса в области печени, которая через несколько дней исчезла (истерическая стигма) [8]. Страстное желание женщины иметь ребенка при невозможности забеременеть может приводить к развитию феномена ложной беременности (псевдоциеза), при которой прекращаются менструации, увеличиваются живот и молочные железы с гиперпигментацией сосков и выделением молока, может ощущаться шевеление «плода», отмечаться утренняя тошнота, рвота и т. д. [9].

■ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА

Пусковыми причинами развития ПСР могут быть серьезные эмоциональные потрясения – смерть родных и близких, серьезные неудачи в служебной деятельности, утрата престижа, обманутая любовь, семейные ссоры, измена, развод, чрезмерные перегрузки, связанные с защитой диссертации и др., боязнь не справиться с порученным делом и т. д. Непосредственно запускают механизмы ПСР такие расстройства эмоциональной сферы человека, как страх, тревога, отчаяние, безнадежность, печаль, чувство вины, самобичевание, нетерпеливость, подавление агрессивных импульсов и др. В основе ПСР у подавляющего большинства пациентов лежит скрытая, или так называемая маскированная, депрессия, главным проявлением эмоционального расстройства при которой является снижение настроения. ПСР чаще развиваются у лиц с конституционально повышенной тревожностью, мнительностью, повышенной впечатлительностью, настороженных, застенчивых, педантичных, склонных к пессимизму, замкнутых и др. [2, 10, 11].

Очень упрощенно нейрофизиологические механизмы развития ПСР можно представить следующим образом. В основе регулирующего влияния нервной системы на процессы жизнедеятельности лежит взаимодействие в ней двух основных процессов – возбуждения и торможения: чем выше активность процессов возбуждения, тем интенсивнее работает орган или ткань. Процессы же торможения, наоборот, ограничивают активность процессов возбуждения, понижая тем самым интенсивность функционирования органов и тканей. Это нужно для того, чтобы активность стимулирующих нервных влияний не была избыточной, не приводила к перегрузке и сбоям в работе органов и тканей, включая саму нервную систему. Причинные факторы,



вызывающие ПСР, приводят к угнетению процессов торможения и, соответственно, доминированию процессов возбуждения, что проявляется в общей гиперестезии, то есть повышении общей чувствительности нервной системы к внешним и внутренним раздражителям. Например, малейшее прикосновение к коже или волосам заставляет человека вздрагивать, может вызвать зуд и сильную боль, а штриховое раздражение кожи спины прядью волос может вызвать симптомы ожога первой или даже второй степени (покраснение с волдырями). Гиперестезия ногтей затрудняет их стрижку, пальцев рук – завязывание шнурков, надевание перчаток и др. [3, 11].

■ ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Многие специалисты считают, что более половины пациентов, обращающихся с соматическими жалобами в учреждения здравоохранения, нуждаются лишь в коррекции эмоционального состояния, что приводит к исчезновению клинических симптомов и, фактически, к выздоровлению этих «больных». Пациенты с ПСР порой годами безрезультатно принимают огромные количества лекарств и даже подвергаются неоправданному хирургическому вмешательству. Многие пациенты с ПСР беспрестанно ходят от врача к врачу, стремясь найти «настоящего специалиста», который поставит им правильный диагноз. Они критикуют врачей, обвиняют их в халатности и преступном невнимании к ним, требуют судебного разбирательства и наказания виновных, ищут возможности достать в разных странах «самые лучшие лекарства», лечатся бесконечными курсами разнообразных средств, в том числе противоопухолевых для предупреждения возможного развития рака или уничтожения уже имеющейся, по их мнению, злокачественной опухоли [11, 12].

Следует отметить, что ПСР хоть и кратковременно, но наблюдаются практически у каждого человека, например, в виде психосоматических реакций на различные эмоциональные стимулы, проявляющихся сердцебиением, повышением артериального давления, побледнением или покраснением, «медвежьей болезнью» (поносом), синдромом «мокрых штанов» и др. Клинические проявления ПСР настолько многообразны, что охватывают практически все возможные патологические ощущения, которые только могут возникать у человека. Главная их причина – общая психическая гиперестезия.

Многие пациенты испытывают приступы мучительного чувства тоски, такой, что «жить не хочется, хоть удавись!». Они со страхом думают о возможности повторения этих приступов, говорят об утрате чувства счастья, юмора и вкуса к жизни, апатии и безразличии ко всему («никого не хочется видеть», «грязь в доме не волнует, даже за собой перестала следить», «на работу иду, как к нелюбимой жене, в гости – как на эшафот, в больницу – как в могилу» и т. д.). Есть пациенты, у которых один лишь вид здоровых людей, живущих размеренной жизнью с их обычными житейскими заботами, вызывает крайнее раздражение, а громкий смех может приводить в состояние ярости [2, 11, 13].

О нормальном сне многие пациенты мечтают как о высшем благе в жизни. Чаще всего им не дают заснуть страх перед бессонницей, наплывы тягостных мыслей, головная боль, неприятные ощущения в тех или иных органах и частях тела, возникающие или резко усиливающиеся по мере приближения ночи. У некоторых нарушение засыпания обусловлено страхом смерти во время сна. Описан пациент, который на протяжении многих лет каждый вечер прощался со своей семьей перед сном

со слезами и уверенностью, что он их больше никогда не увидит, и каждый день обнимал их по утрам со слезами радости [2, 11].

Некоторые пациенты мечутся в постели или напряженно вслушиваются в тишину, отсчитывая оставшиеся до рассвета часы и минуты. Другим мягкая постель напоминает «раскаленную верхнюю полку в парилке». Снотворные средства при этом эффекта не дают. Пациенты описывают такие состояния как «пытку ожидания утра». Некоторых мучают кошмарные сновидения; иногда они просыпаются от собственного крика. Для многих характерно раннее пробуждение, сопровождающееся нередко приступами сердцебиения, болями в области сердца и чувством нехватки воздуха после непродолжительного, беспокойного и поверхностного сна. Часть пациентов характеризуют свое состояние так: «как выжатый лимон», «как будто на мне всю ночь дрова возили». Собственное тело многими воспринимается как тяжелейшая ноша. Такие пациенты «приходят в себя» обычно в течение дня и могут быть очень общительны по вечерам. Многие жалуются на то, что «голова тяжеловата, несвежая, как после угара, – не началось ли уже кровоизлияние в мозг?», «какая-то особая слабость во всем теле – не преддверие ли это инсульта или инфаркта миокарда?», «ноги холодные – не уходит ли от них кровь?», «ноет поясница – не оборвалось ли что-нибудь внутри при резком толчке в автобусе?», «комочек встает в горле или за грудиной – не рак ли это?». Постоянные или периодически усиливающиеся болезненные ощущения на фоне снижения общего жизненного тонуса с чувством физического и психического дискомфорта почти неизбежно приводят пациента к мысли о наличии у него какого-то серьезного заболевания, не распознанного врачами. Легкую гиперемию зева они принимают за дифтерию или «первый признак лейкоза», головную боль – за менингит или опухоль мозга, тошноту и вздутие живота – за острый панкреатит, геморроидальный узел – за рак прямой кишки и т. д. [2, 3, 11, 14–16].

И не здоровые, и не больные, такие люди живут в постоянном ожидании у себя различных серьезных заболеваний, часами рассматривают себя в зеркале на предмет нахождения признаков болезни или наоборот испытывают панический страх перед зеркалом, которое «раскрывает страшную правду о болезни». Нередко встречается дисморфофобия – болезненное, неадекватное восприятие своей внешности с убежденностью в ее дефектности, несовершенстве и настаиванием на хирургических вмешательствах с целью устранения мнимых или несущественных дефектов [18, 19].

Некоторые пациенты носят с собой записки с фамилией и адресом на случай внезапной смерти вне дома, не запирают дверей, чтобы соседям не нужно было взламывать квартиру, «когда уже будет поздно». У ряда пациентов в метро в часы пик возникают панические атаки со страхом смерти от удушья, инфаркта миокарда или инсульта, сопровождающиеся резкой тахикардией, обильным потоотделением, головокружением и даже обморочным состоянием. Многие пациенты на обычные раздражители реагируют как на чрезвычайные, например, осторожный стук в дверь заставляет их вздрагивать («точно бьют молотком по голове»), громко произнесенное слово вызывает головную боль и звон в ушах, жужжание мухи может доводить до иступления и т. д. [1, 16, 17].

Довольно частым симптомом ПСР является головная боль. Голова может болеть то в одном месте, то в другом, боль может быть тупой, острой (сверлящей, стреляющей, жгучей), пульсирующей. По описанию пациентов, «то в затылке жмет, то в темени давит, то в висках простреливает, то во лбу, как иголочками, покалывает». Нередко



встречается синдром так называемой каски неврастеника, когда отмечается ощущение обруча на голове или ремня, стягивающего лоб [2, 3].

Весьма распространенным симптомом является головокружение. Вот один из примеров: «Когда я смотрю на противоположную сторону проспекта или площади, у меня очень быстро появляются сердцебиение и какая-то пелена перед глазами; мне кажется, что я потеряю сознание на середине проезжей части и погибну под колесами автомобиля; после этого начинает кружиться тротуар, уходит из-под ног почва, и надо срочно прислониться к стене или столбу, чтобы не упасть». В данном случае тревога и страх за свое состояние нарушают автоматизм ходьбы. Некоторые пациенты боятся выходить из-за этого на улицу. Головокружениям могут сопутствовать обморочные состояния [12, 15].

Тяжелым испытанием для многих пациентов является шум в ушах или голове. Особенно он становится заметным по вечерам и ночам во время бессонницы. Пациенты отмечают, что в голове «как улей жужжит», «как телеграфные провода гудят» и т. д. У ряда пациентов могут встречаться психогенные невралгии, которые проявляются по ходу межреберных промежутков (боли в левой половине грудной клетки ассоциируются нередко с болями в сердце), тройничного нерва (от висков к челюстям и деснам с ощущением онемения, покалывания и даже острых «прострелов» в верхней губе, подбородке и др.), в области плечевого сустава с ограничением объема движений в нем, молочных желез (со страхом рака молочной железы) и др. Отдельной проблемой у стоматологов являются пациенты, которые жалуются на «адскую» боль в здоровых зубах и требуют их удаления. Особенностью психогенных невралгий является их мигрирующий характер. Так, один пациент долго и безуспешно лечился от невралгии тройничного нерва, затем – от последовательно сменяющих друг друга межреберной невралгии, шейного и пояснично-крестцового радикулита. Психогенный пояснично-крестцовый радикулит часто обостряется при развитии депрессивных состояний после семейных неурядиц, конфликтов на работе и др. У одной пациентки ежегодные обострения этого «заболевания» возникали с началом напряженной работы над составлением годового отчета и прекращались вскоре после его завершения. Особенно часто в последнее время стал регистрироваться психогенный цервикальный синдром, проявляющийся болевыми ощущениями в области шеи и затылка, при котором прослеживается четкая связь его возникновения и исчезновения с возникновением и исчезновением депрессивных состояний [2, 11, 13, 18].

Довольно часто выявляется так называемый синдром беспокойных ног в виде ночной парестезии нижних конечностей (неопределенные ощущения тепла или холода, ползания мурашек, покалывания и др.), исчезающей при движении. Пациенты так описывают свои ощущения: «ноги ломит, стягивает, дергает, крутит», «подолшвы как огнем горят, жжет их», «какая-то тоскующая боль то в левой, то в правой ноге или в обеих сразу, от которой места себе не находишь», «тошнота от ног идет по ночам, не знаешь, куда себя деть». Они могут всю ночь напролет ходить по комнате, растирать ноги, расчесывать их до крови, охлаждать под краном с водой. Утром наступает существенное облегчение, а днем они подобных ощущений не испытывают или не замечают их в связи с отвлекающим действием других раздражителей.

Нередко встречаются так называемые функциональные судороги. Они могут проявляться в виде писчего спазма, когда возникают большие трудности написать рукой

текст, спазма портных, пианистов, скрипачей и др. Существует зависимость степени выраженности различных проявлений функциональных судорог от концентрации на них внимания: чем больше внимания фиксируется на спазме, тем сильнее он проявляется [20, 21].

Пациенты могут жаловаться на снижение остроты зрения, повышенную утомляемость глаз при чтении, ощущение «тумана» перед глазами, нечеткость зрительного восприятия, смазанность, бледность. Реже встречается зрительная гиперестезия с выраженным обострением зрения, появлением «молний», «искр», цветных кругов в глазах и др. Такие пациенты не выносят телевизора, перестают читать и др.

Иногда встречается обонятельная гиперестезия. Пациенты жалуются на отвращение к ранее приятным или нейтральным для них запахам (табак, благовония и др.), отмечают пристрастие к «техническим» запахам (бензин, лаки, краски и др.). У ряда пациентов на высоте эмоциональных расстройств может появляться своеобразный, иногда весьма неприятный запах, связанный с интенсивным выделением кожей особых пахучих веществ.

У пациентов с ПСР часто наблюдается локальный или генерализованный зуд. Особенно мучительным является аногенитальный зуд. Иногда зуд настолько нестерпим, что может доводить человека до суицидальных попыток. Описан случай крапивницы, которая возникла у женщины от мысли о ее заражении от другой женщины с сыпью на теле, с которой она столкнулась в дверях туалета. Другой пример – ежегодно повторяющаяся крапивница в виде зудящих волдырей у отца на годовщину смерти дочери [3, 11, 20].

Известен, например, случай, наблюдавшийся авторами статьи, когда у молодой женщины сразу после развода появилось практически неизлечимое заболевание – псориаз. Никакие методы лечения не давали значимого эффекта. И только через полтора года, когда бывшие супруги решили вновь создать семью, псориаз бесследно исчез.

Ряд пациентов с ПСР жалуются на мигрирующие боли в суставах и мышцах (тупые, тянущие, ломящие, ноющие, жгучие или дергающие). Мигрирующий характер болей проявляется «перемещением» их из одного сустава в другой в течение нескольких часов или дней, хотя возможна и излюбленная локализация патологических ощущений в каком-либо суставе, иногда с преходящей припухлостью и ограничением подвижности. Интересный случай описан еще в 1894 г. одним из крупных специалистов по проблемам ПСР Г. Оппенгеймом: «В наблюдавшемся мною случае резекция коленного сустава считалась делом решенным: только благодаря вмешательству одного из приглашенных врачей больную отправили предварительно ко мне. Она вошла на двух костылях, а четверть часа спустя ушла без них» [22].

Серьезным расстройством является кардиофобия, которая формируется у склонных к ее развитию пациентов как чувство дискомфорта в области сердца или левой половине грудной клетки, возникающее первоначально в условиях, например, психотравмирующей ситуации, что обуславливает в дальнейшем ипохондрическую фиксацию на деятельности сердца, нарастающую уверенность в наличии серьезного заболевания сердца и страх смерти. Такие пациенты нередко испытывают болезненные ощущения в левой половине грудной клетки (приступообразные или длительные на протяжении многих дней и месяцев), которые могут распространяться на правую половину грудной клетки, левое подреберье, всю верхнюю часть живота,



отдавать в шею, лопатку, околопозвоночную и поясничную области, верхние и нижние конечности, яички. Боли могут быть тупыми, глухими, давящими, сжимающими, ноющими, ломящими, тянущими, щиплющими, режущими, колющими, пульсирующими. Пациенты так описывают свои ощущения: «сердце как огнем горит», «левая часть грудной клетки немеет, как в холодильнике», «сердце замирает, останавливается – уходит из меня жизнь», «как будто ком за грудиной находится, камень на сердце лежит» и т. д. Они постоянно считают у себя пульс, панически реагируют на его малейшие изменения, строго дозируют физические нагрузки. Многие отказываются от всего, что может их взволновать и «повредить сердечку»: просмотра кинофильмов, посещения театров, курения, употребления алкоголя, кофе, крепкого чая, разговоров о смерти, присутствия на похоронах, чтения серьезной литературы, любого умственного напряжения. Они тщательно следят за питанием, исключая животные жиры (чтобы не допустить повышения уровня холестерина в крови), пьют растительное масло для профилактики атеросклероза и т. д. Возможно развитие полной социальной инвалидизации таких пациентов с категорическим отказом от всякой трудовой деятельности [2, 12, 13, 16].

Бывает, что на высоте эмоциональных расстройств (волнение, тревога, страх, панический ужас) пациенты мечутся по комнате, катаются по полу «от сердечной боли», принимают любые лекарства, попадающиеся под руку, прикладывают к сердцу то теплую грелку, то горчичники, то пузырь со льдом, вызывают скорую помощь или бегут в поликлинику с требованием немедленной госпитализации. Описан случай, когда пациент принял сразу 17 таблеток нитроглицерина, 4 – папаверина и 2 – валидола (по его словам, «больше ничего не было») [11]. Важно отметить, что при приеме нитроглицерина большинство пациентов с ПСР отмечают возникновение полного терапевтического эффекта не через 2–3 минуты, как при классической стенокардии, а либо почти мгновенно, как только больной положит таблетку под язык, либо спустя 30–40 минут после приема.

Нередким явлением у пациентов с ПСР являются нарушения сердечного ритма, чаще в виде пароксизмальной тахикардии и экстрасистолии. Интересно, что приступ тахикардии, развившийся у пациентов дома или на работе, зачастую не снимается при введении противоаритмических средств, но прекращается, как только они почувствуют себя в безопасности (в машине скорой помощи либо в приемном покое больницы).

Приводится интересный случай, когда у одной пациентки, работавшей с очень важными документами, по пути на работу и в течение трудового дня развивалось по несколько приступов стенокардии, в результате чего ей даже была установлена II группа инвалидности. После того, как она перевелась с «бумажной» работы на работу в заводской цех (за станок), у нее исчезло чувство ответственности за хранившиеся у нее документы и полностью прекратились приступы стенокардии [11].

Частым симптомом у пациентов с ПСР являются изменения артериального давления в виде артериальной гипотензии или артериальной гипертензии. Хроническая артериальная гипотензия свидетельствует, как правило, о снижении общего жизненного тонуса. Жалобы пациентов весьма разнообразны: это нудная или, наоборот, острая, разрывающая, давящая, режущая боль в прекардиальной области, сердцебиение, перебои, ощущение нехватки воздуха в покое и выраженная одышка при умеренной физической нагрузке и др. Неприятные ощущения в прекардиальной

области локализуются главным образом в области верхушки сердца, появляются обычно в покое или утром после сна (редко при физической нагрузке), могут сохраняться часами и даже сутками. Применение нитроглицерина ухудшает состояние пациентов (вследствие расширения сосудов и еще большего падения артериального давления), тогда как легкие физические упражнения могут заметно улучшать их состояние. Часто присутствуют жалобы на нарушения засыпания, кошмарные сновидения, резкую слабость по утрам, постоянную усталость, ухудшение памяти, рассеянность. Нередкие головные боли у этих пациентов локализуются чаще в лобно-височной или лобно-теменной областях, однако могут и не иметь четкой локализации. Тупая, давящая, стягивающая, распирающая или пульсирующая головная боль продолжается от нескольких часов до 2–3 суток. В ряде случаев она протекает по типу мигрени с тошнотой и рвотой, уменьшается или проходит после прогулки на свежем воздухе или физических упражнений. Нередки у таких пациентов периодические головокружения с пошатыванием при ходьбе и обморочными состояниями (при гипотензивных кризах), повышенная чувствительность к яркому свету, шуму, громкой речи и др. Повторные приступы внезапных головокружений с тошнотой обуславливают формирование стойких ипохондрических страхов и опасений, убежденность в близости надвигающейся смерти [1, 2, 12, 23].

Частым симптомом у пациентов с ПСР является психогенная артериальная гипертензия, проявляющаяся головной болью, кардиалгией, сердцебиением, перебоями, ощущением нехватки воздуха, парестезиями, чрезвычайной утомляемостью и др. Головокружения, шум или резкий свист в ушах, ухудшение зрения с появлением «тумана» в глазах и др. способствуют развитию ипохондрического синдрома со стойким страхом смерти от инфаркта миокарда, инсульта и др. [2, 13, 20].

Одним из характерных симптомов ПСР является одышка. Большинство пациентов испытывают постоянное или периодическое ощущение нехватки воздуха: «дышать нечем, воздуха нет», «дышу только правой верхушкой, а в нижнюю долю воздух не проходит», «кислорода в крови нет совсем, левая половина грудной клетки уже не дышит, какая-то дрожь проходит по всему телу, руки и ноги отнимаются, и сознание медленно угасает – умираю!». Они жалуются на сухость, жжение, щекотание, стеснение, сжатие или онемение и одеревенелость в дыхательных путях, першение или ощущение прилипшей крошки хлеба в гортаноглотке с почти постоянной потребностью откашляться. Встречаются пациенты, которые кашляют не переставая – с утра до вечера. Кашель не поддается обычной терапии и полностью прекращается при спонтанной нормализации эмоционального состояния или под влиянием психотерапии. Могут наблюдаться приступы психогенной астмы – обострения психогенной одышки с числом дыханий, достигающим до 40–60 в 1 минуту (в норме – 12–20). Описано возникновение приступов бронхоспазма у жены, связанных с волнениями при возникновении приступов стенокардии у мужа [11, 20].

Пациенты с ПСР часто отмечают снижение или отсутствие аппетита, значительное ослабление или полное отсутствие вкусовых ощущений («все кажется безвкусным, как трава»). Иногда развивается полное отвращение к еде вплоть до рвоты после нее и тошноты при одном виде и запахе пищи. Периоды анорексии сменяются периодами нормального или даже повышенного аппетита, что находится в тесной связи с изменениями настроения. Плохое настроение может приводить как к повышению, так и к угнетению аппетита. Может отмечаться пристрастие к одним блюдам



(например, кислым) и отвращение к другим (вплоть до непереносимости запаха мясных и молочных блюд), а также извращение вкусовых ощущений. Так, иногда пациенты начинают поедать мел, известку, уголь и даже пить уксус [2, 11, 20].

Частыми симптомами являются тошнота и рвота. Кроме отрицательных эмоций, тошноту и рвоту могут вызывать и сильные положительные эмоции, в том числе радости. Психогенная тошнота наблюдается нередко у школьников перед контрольной работой, у артистов перед выходом на сцену, у студентов перед экзаменом, у ответственных работников перед выступлениями на различных мероприятиях и т. д. Пациентов мучает тошнотворное ощущение, которое «невозможно передать словами», «душу тянет, мутит, выворачивает». Психогенная тошнота может сопровождаться изжогой, не поддающейся диетотерапии. Тягостное ощущение тошноты вынуждает порой систематически вызывать рвоту (иногда по несколько раз в день). Психогенная рвота возникает преимущественно по утрам, до, во время или после еды, не зависит от количества и качества съеденной пищи, не поддается диетотерапии и не связана даже с самым грубым нарушением пищевого режима. Как и при других ПСР-симптомах, появлению тошноты предшествует снижение настроения, чувство физического и душевного дискомфорта [3, 12, 19].

Нередким проявлением ПСР являются хронические запоры (стул реже двух раз в неделю) и отсутствие удовлетворения от дефекации. Озабоченные пациенты могут по несколько часов в сутки проводить в туалете, ставя себе ежедневно до 8 клизм. Одним из психогенных расстройств является эмоциональная диарея (понос), или «медвежья болезнь», которая возникает при внезапном испуге, напряженном ожидании чего-либо и в других ситуациях.

Частым симптомом являются боли в животе. Психогенные боли очень изменчивы, чрезвычайно лабильны по характеру (тянет, ноет, щиплет, сжимает, давит, скручивает, печет, распирает, пульсирует, переливается, сверлит, режет), интенсивности (от «смутного чувства живота» до острой схваткообразной и даже «кинжальной» боли с помрачением сознания) и локализации (от болей в одной точке до разлитой боли в подложечной, подвздошной и подреберных областях и миграции ее по всему животу) [11, 16].

Иногда пациенты предъявляют жалобы на жжение в языке, чувство постоянного зуда в сочетании с «неловкостью» и «неповоротливостью» языка, горький или металлический вкус во рту, глоссодинию (колющая, жгучая либо стреляющая боль в языке). Следствием гиперестезии слизистой пищевода являются признаки саднения за грудиной, ощущения инородного тела, стеснения либо жжения по ходу пищевода, которые могут иррадиировать в лопатку, позвоночник, шею, нижнюю челюсть. Эти симптомы появляются либо резко усиливаются при прохождении по пищеводу плотного пищевого комка. Не слишком горячая пища может показаться обжигающей, а еле заметное повреждение слизистой пищевода тончайшей рыбной косточкой или крошкой сухаря может причинить «страшную боль» [14, 20].

Частым нарушением являются спастические сокращения пищевода (эзофагоспазм), которые сопровождаются затрудненным глотанием, ощущениями мучительного стягивания, кома или инородного тела в глотке или за грудиной. При этом никакая пища не проходит, то твердая проходит лучше жидкой, то полностью восстанавливается нормальная проходимость пищевода. Одной из наиболее частых причин развития локального или диффузного эзофагоспазма является канцерофобия

с тревожным ожиданием роковых симптомов, особенно после смерти родственника или знакомого от рака пищевода. Частным проявлением эзофагоспазма является кардиоспазм (спазм места перехода пищевода в желудок). Болезненные ощущения за грудиной при кардиоспазме нередко иррадиируют в левое плечо, имитируя приступы стенокардии, которые могут купироваться нитроглицерином, снимающим спазм гладкой мускулатуры пищевода. Кроме спазмов пищевода, возможна и его атония с жалобами на затруднение глотания плотной пищи, чувство остановки ее за грудиной, ощущение инородного тела и давления в этой области; жидкость проходит свободно. Атония кардиального отдела пищевода обуславливает возникновение гастроэзофагеального рефлюкса с развитием изжоги, а в дальнейшем – рефлюкс-эзофагита с образованием эрозий и язв пищевода [13, 20, 23].

Гиперестезия слизистой желудка порождает чувство тяжести в нем даже натощак и переполнение его после первых глотков жидкой или плотной пищи. Иногда острая боль в животе отмечается сразу после проглатывания ломтика копченой колбасы. Может отмечаться боль в подложечной области (от неясной, смутной, гнетущей до очень сильной, схваткообразной), усиленное слюноотделение, тяжесть, давление, распирание, переполнение в подложечной области, очень быстрая насыщаемость, тошнота и отрыжка.

У 50–70% пациентов, обращающихся к врачам с жалобами на желудочно-кишечные расстройства, диагностируется синдром раздраженной толстой кишки. Характер боли варьирует от смутной, неясной, глухой, ноющей или колющей до острой сверлящей, режущей и даже стреляющей, длительностью от нескольких минут до нескольких часов, а порой и дней. Пациенты испытывают постоянное чувство дискомфорта, тяжести, давления и распирания в животе, которые могут сменяться внезапно возникающими нерегулярными приступами кишечной колики. Эти мучительные ощущения появляются то в одной, то в другой области (в связи с локальными спазмами кишечника), но могут распространяться по всему животу, иррадиируя в поясничную область, левую половину грудной клетки и загрудинное пространство. Болезненные ощущения усиливаются после еды, бессонной ночи, под влиянием психотравмирующих обстоятельств, негативных переживаний. Абдоминальные боли нередко сопровождаются локальным или диффузным метеоризмом, громким урчанием в животе. Встречаются спастические запоры с лентообразным или овечьим калом, сменяющиеся компенсаторной диареей. Поносы могут возникать на высоте эмоционального напряжения, по утрам, после каждого приема пищи. Возможна примесь слизи к фекалиям или даже выделение ее в виде комочков, пленок. Иногда наблюдается проктомиксорейя – приступообразное выделение слизи из прямой кишки [3, 12, 17, 20, 25].

ПСП могут проявляться и в урологической сфере, например, в виде поллакиирии – учащенного (иногда до 10 раз в час) мочеиспускания. Встречаются нарушения мочеиспускания в виде затрудненного «вялого» мочеиспускания, длительность которого достигает порой 15–20 минут. Описан так называемый заикающийся мочевой пузырь, проявляющийся в виде внезапного прерывания струи мочи один или несколько раз за одно мочеиспускание. Некоторые пациенты не могут помочиться в присутствии других людей. Учащенное и нередко болезненное мочеиспускание при отсутствии заболеваний мочевого пузыря рассматривается как признак так называемого раздраженного мочевого пузыря, который чаще наблюдается у женщин.



Цисталгия и уретральный синдром (периодическое покалывание или неприятное «щекотание» в мочеиспускательном канале, чувство резкого напряжения стенок уретры, перерастающее в «ужасное страдание», болезненность и резь при мочеиспускании, частые позывы к мочеиспусканию, недержание мочи, боли в области таза) являлись порой основаниями для назначения врачами массивной антиинфекционной терапии, в том числе вливания в пузырь прижигающих и дезинфицирующих средств, производства новокаиновых блокад. Такие пациенты испытывают «страшную» боль при катетеризации мочевого пузыря. Им выскабливали слизистую оболочку мочевого пузыря, производили резекцию его шейки, пересекали промежностную ветвь срамного нерва, насильственно расширяли уретру, накладывали надлобковый свищ мочевого пузыря, бужировали, прижигали и даже резецировали уретру или иссекали ее слизистую оболочку [3, 11, 13, 19]. У многих пациентов с ПСР отмечается выраженная гиперестезия в области предстательной железы, когда, например, пальцевое ее исследование через прямую кишку вызывает острые болезненные ощущения, которые могут иррадиировать в головку полового члена. В ряде случаев даже легкое прикосновение пальца к стенке толстой кишки, контактирующей с простатой, воспринимается как выраженный дискомфорт и даже как нестерпимая боль.

Немало отмечается психогенных сексуальных расстройств у пациентов с ПСР: снижение либидо, ослабление эрекции, страх перед половым актом, преждевременная эякуляция, при которой семяизвержение происходит после 2–15 фрикций или даже предшествует началу полового акта. Частым является снижение половой потенции вплоть до развития психогенной импотенции, которой могут способствовать небрежно брошенные врачами или окружающими реплики типа «проблемная у вас простата», «так недалеко и импотентом стать», «какой ты мужчина» [12, 24].

Иногда ощущения, ассоциируемые ранее с половым возбуждением, начинают восприниматься пациентами как болезненно неприятные. Так, например, закинутое на ногу пациента бедро женщины при попытке полового акта воспринимается уже как «свинцовая тяжесть» или «мельничный жернов», а голова женщины у него на груди «тяжелым грузом наваливается на сердце и мешает ему биться». Нередким симптомом является боль во время эрекции. Боязнь резкого усиления болезненных ощущений при эрекции и эякуляции постепенно перерастает в стойкий страх половых контактов (коитусофобию) с полным отказом от половой жизни. Проявлением психогенных сексуальных расстройств могут быть поллюции, возникающие под влиянием сильного эмоционального возбуждения (страха, гнева и др.). Описано, например, обильное извержение семени у молодого человека от испуга от промчавшегося рядом поезда. Как проявление ПСР встречаются сперматорея – периодическое выделение спермы вне связи с эротическими представлениями, предшествующей эрекцией или оргазмом, простаторея («секреторный невроз предстательной железы») – выделение нормального, неизмененного секрета простаты по утрам (особенно при дефекации и в конце мочеиспускания), уретрорея – выделение из уретры нескольких капель бесцветной тягучей стекловидной жидкости при повышении секреции уретральных желез. Ипохондрическая фиксация на этих выделениях может быть одной из причин развития психогенной импотенции. Тяжело переносится пациентами синдром раздраженного яичка с приступами очень сильных болей. В прошлом иногда по требованию пациентов производились операции удаления яичка для ликвидации нестерпимой боли. Однако они облегчения, понятно, не приносили [11, 20].

Среди аффективных сексуальных расстройств у женщин встречается фригидность (отсутствие полового влечения и специфического сладострастного чувства). Безразличие, а порой негативное отношение к половому акту порождает часто раздражение у таких женщин («скорей бы уже, что ли»). При развитии резкой гиперестезии слизистой оболочки влагалища, обуславливающей локальную боль при половом акте, подавляющее большинство таких женщин чуть ли не на коленях умоляют мужей «не трогать их», «криком кричат» при попытках полового сближения, их «точно ножом режут» или «как раскаленным железом жгут». При одной мысли о возможности интимной близости, при виде мужа, при упоминании о нем или о мужчинах вообще у них возникает чрезвычайно болезненный спазм мышц влагалища и тазового дна. В 1936 г. описан так называемый эфирный брак, когда для совершения полового акта с целью беременности у женщин, страдающих вагинизмом, но одержимых страстной идеей иметь ребенка, использовался эфирный наркоз. Вагинизм может возникать не только при попытке полового сближения, но и при гинекологическом обследовании, малейшем прикосновении к половым органам или ожидании этого прикосновения, а также при приближении гинеколога или любого мужчины [3, 10, 11].

У пациентов с ПСР может наблюдаться так называемое психосоматическое бесплодие. Причинами могут быть психогенный спазм маточных труб или невозможность имплантации уже оплодотворенной яйцеклетки вследствие резко повышенного тонуса матки. Чем острее страх неудачи, связанный с ожиданием беременности, тем меньше вероятность зачатия и благополучного вынашивания плода. Психосоматическое бесплодие может быть связано не только с женским организмом, но и с мужским. Психогенные нарушения эрекции и эякуляции у мужей могут обусловить бесплодие в условиях семьи, однако при этом у многих из них сохраняется способность оплодотворения других женщин. Довольно распространенной является психогенная аменорея, то есть прекращение месячных на протяжении 6 и более месяцев. Психогенная аменорея часто возникает в результате острых стрессовых ситуаций. Известно, что среди узниц Освенцима «лагерная аменорея» развивалась почти у 100% женщин и сохранялась у 86% из них на протяжении 1–5 лет после освобождения. Встречается психогенная аменорея со слабopоложительным гормональным тестом на беременность, когда беременность отсутствует. Описан даже случай, когда пациентка при синдроме ложной беременности получила декретный дородовый отпуск [2, 10, 11, 13].

■ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

В лечении пациентов с ПСР главным является переключение негативных мыслей на позитивные с помощью психотерапии или психокоррекции, включая компьютерные психотехнологии [26–30]. Конечно, в тяжелых случаях приходится прибегать к нормализации эмоционального состояния с помощью психофармакологических средств – транквилизаторов, антидепрессантов и др. [11, 31]. В то же время необходимо иметь в виду, что в ряде случаев можно справиться с ПСР и самому. Так, например, несколько лет назад в течение ряда месяцев авторы этой статьи наблюдали случай, когда у пациента отмечалась выраженная полиморфная симптоматика в абдоминальной области с ипохондрической фиксацией внимания на ней. По клиническим проявлениям можно было заподозрить множество болезней – от гастрита, панкреатита, колита, эрозивно-язвенных повреждений пищевода, язвенной



болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в соседние органы до онкологического заболевания в брюшной полости. Постоянные мысли пациента о возможном тяжелом заболевании привели к снижению его социально-трудовой активности, интереса к жизни. Диета, прием в течение двух месяцев противоязвенных лекарственных средств не повлияли заметно на выраженность клинических симптомов. После проведения УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопии и колоноскопии, которые не выявили патологических изменений, пациент перестал обращать внимание на сохраняющиеся симптомы и через несколько дней они бесследно исчезли. Таким образом, исчезли тревожные мысли о собственном здоровье, исчезли и все клинические симптомы ПСР, что еще раз убедительно подтверждает чисто психогенный характер патогенеза ПСР и роль негативных мыслей в их возникновении. Самое же лучшее лекарство от ПСР – это хорошее настроение. Если человек может создавать у себя хорошее настроение – значит, он может эффективно противостоять этому весьма распространенному недугу.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Aleksander F. *Psychosomatic medicine. Principles and practical application [Translated from English]*. Moscow: EKSMO-Press. 2002; 352 p. (in Russian)
2. Belyalov F.I. *Psychosomatics*. Moscow: Geotar-Media. 2018; 344 p. (in Russian)
3. Kulakov C.A. *Fundamentals of Psychosomatics*. Sankt-Peterburg: Rech. 2003; 288 p. (in Russian)
4. Semenova I.N. The problem of mental regulation of life processes. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2011;3:121–128. (in Russian)
5. Kandyba V.M. *Higher yoga*. U-Faktoriya. 2008; 168 p. (in Russian)
6. Sheykh-Zade Y.R., Tsvetkovskiy S.P., Sadymov I.A. Conscious human cardiac arrest and its possible mechanism. *Bul. Experim. Biol. and Med.* 1987;104(8):133–134. (in Russian)
7. Folcher M., Oesterle S., Zwicky K. Mind-controlled transgene expression by a wireless-powered optogenetic designer cell implant. *Nature Communications*. 2014;5(1):1–11. doi: 10.1038/ncomms6392
8. Andreeva M.F. *Letters. Memoris. Articles. Documents*. Moscow: Iskustvo. 1968; 796 p. (in Russian)
9. Seeman M.V. Pseudocyesis, delusional pregnancy, and psychosis: The birth of a delusion. *World J. Clin. Cases*. 2014;16(2):338–344. doi: 10.12998/wjcc.v2.i8.328
10. Chikurov Y.V. *Practical psychosomatics*. Moscow: Triada-X. 2019; 185 p. (in Russian)
11. Topolyanskiy V.D., Strukovskaya M.V. *Psychosomatic Disorders*. Moscow: Medicina. 1986; 384 p. (in Russian)
12. Sandomirskiy M.E. *Psychosomatics and Bodily Psychotherapy: Practical Guide*. Moscow: Nezavisimaya Firma "Klass". 2005; 592 p. (in Russian)
13. Mansueto G., Romanazzo S., Cosci F. Clinical utility of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research for a comprehensive assessment of the elderly. *Clin. Psychol. Psychother.* 2022;29(6):1963–1971. doi: 10.1002/cpp.2766
14. Fusu L.I. Social and psychological aspects of psychosomatic disorders in patients with depression with accompanying dependence on drugs. *Dairy of Kazan Medical School*. 2017;4:81–87. (in Russian)
15. Hof K., Haun M., Hartmann M. Office-based psychosomatic medicine with a focus on acute care. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 2022;68(4):350–361. doi: 10.13109/zptm.2022.68.4.350
16. Peters M. Older Patients in the Psychosomatic Clinic: Health, Attachment and Mentalisation. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2022;72(9-10):418–428. doi: 10.1055/a-1729-1396
17. Wagner-Skacel J., Matzer F., Kohlhammer-Dohr A. Assessment of personality functioning in psychosomatic medicine. *Wien. Klin. Wochenschr.* 2022;134(15-16):602–610. doi: 10.1007/s00508-021-01993-x
18. Mendelevich E.G. Somatization of anxiety disorders in the practice of a neurologist: Algorithms and approaches to differentiated treatment. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014;4:81–86. (in Russian)
19. Bobrov A.E. Problem of psychosomatic relations and some methodological issues of psychopathology. *Social and Clinical Psychiatry*. 2017;27(1):98–103. (in Russian)
20. Starshenbaum G.V. *Psychosomatics and Psychotherapy: Curing of the Soul and the Body*. Moscow: Izdatelstvo Instituta Psikhoterapii. 2005; 496 p. (in Russian)
21. Taylor G.J. Psychoanalysis and Psychosomatics: A New Synthesis. *Psychodyn. Psychiatry*. 2022;50(2):306–325. doi: 10.1521/pdps.2022.50.2.306
22. Oppenheim H. *Guide in Nervous Diseases for Doctors and Students*. Berlin: S. Karger. 1894; 870 p.
23. Litynin O.A. On the diagnosis and therapy of psychosomatic disorders. *Central Scientific Bulletin*. 2017;2(3):30–34. (in Russian)
24. Bennet A.E. Role of iatrogenesis in diagnosis, prognosis and treatment in psychiatry. *Diseases of Nervous System*. 1971;32:627–631.
25. Doering S., Herpertz S., Hofmann T. What Kind of Patients Receive Inpatient and Day-Hospital Treatment in Departments of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy in Germany? *Psychother. Psychosom.* 2023;92(1):49–54. doi: 10.1159/000527881
26. Guedes C.R., Rangel V.M., Camargo K.R. From psychosomatic medicine to medical psychology: the theoretical and institutional trajectory of Julio de Mello Filho. *Hist. Cienc. Saude Mangunhos*. 2023;29(suppl. 1):181–196. doi: 10.1590/S0104-59702022000500012
27. Khokhlov L.K. Debates of "psychics" and "somatics": Evolution of views of psychosomatic to somatopsychic ratio. *Social and Clinical Psychiatry*. 2019;29(2):79–85. (in Russian)
28. Selchenok K.V. *Key to the Future. Practical Guide for User of Artechnological Psychoprocessor*. Minsk: Harvest. 2004; 768 p. (in Russian)
29. Semenova N.D., Kachaeva M.A., Shport S.V. "Atlas of Mental Health" of the World Health Organization. *Russ. Psych. J.* 2022;6:73–76. (in Russian)
30. Smirnov I.V., Beznosiuk E.V., Zhuravlev A.N. *Psychotechnologies. Computer Psychosemantic Analysis and Psychocorrection at Subconscious Level*. Moscow: Izdatelskaya gruppa "Progress" – "Kultura". 1995; 416 p. (in Russian)
31. Starcevic V. The reappraisal of benzodiazepines in the treatment of anxiety and related disorders. *Expert. Rev. Neurother.* 2014;14(11):1275–1286. doi: 10.1586/14737175.2014.963057