

АГЛЯДЫ
REVIEWS

УДК 616.89-06:616.1/7](035)
<https://doi.org/10.29235/1814-6023-2020-17-1-101-121>

Поступила в редакцию 18.11.2019
Received 18.11.2019

И. Н. Семененя

Институт биохимии биологически активных соединений НАН Беларуси, Гродно, Республика Беларусь

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ПРИЧИНЫ, МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ АУТОПСИХОКОРРЕКЦИИ

Аннотация. В статье представлен обзор сведений о психосоматических расстройствах (ПСР), широко распространенных в человеческой популяции. Обращается внимание на недостаточную осведомленность практических врачей в этой области патологии. Приведены примеры жизненных ситуаций, провоцирующих возникновение ПСР, показана роль негативных мыслей и эмоционального фактора в их возникновении. Предлагается общая схема патогенеза ПСР, основанная на сдвиге баланса процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе в сторону преобладания первых. Угнетение тормозных процессов приводит к снижению порогов возбудимости для разных афферентных систем, развитию общей гиперестезии и гиперреактивности организма на действие внешних и внутренних, в том числе подпороговых, раздражителей, что и лежит в основе механизмов клинических проявлений ПСР. Рассмотрены вопросы о возможной роли застойных очагов возбуждения центральной нервной системы в развитии ПСР, а также о способности их к миграции в мозге, что обуславливает распространение симптомов ПСР по организму. Приведено описание психических, неврологических, кожных, сердечно-сосудистых, дыхательных, пищеварительных, мочевыделительных и сексуальных проявлений ПСР. Рассмотрены общие подходы к лечению пациентов с ПСР. Обосновано ведущее значение фактора настроения в возникновении и купировании ПСР.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, патогенные мысли, угнетение тормозных процессов, общая гиперестезия, полиморфная симптоматика, аутопсихокоррекция

Для цитирования: Семененя, И. Н. Психосоматические расстройства: причины, механизмы развития, клинические проявления, возможности аутопсихокоррекции / И. Н. Семененя // Вест. Нац. акад. наук Беларусі. Сер. мед. навук. – 2020. – Т. 17, № 1. – С. 101–121. <https://doi.org/10.29235/1814-6023-2020-17-1-101-121>

Igor N. Semeneniya

*Institute of Biochemistry of Biologically Active Compounds of the National Academy of Sciences of Belarus,
Grodno, Republic of Belarus*

PSYCHOSOMATIC DISORDERS: CAUSES, DEVELOPMENT MECHANISMS, CLINICAL MANIFESTATIONS AND FEASIBILITIES OF AUTOPSYCHOCORRECTION

Abstract. The article reviews the information on the problem of psychosomatic disorders (PSDs) widespread in human population. Attention is drawn to the insufficient awareness of general practitioners in this field of pathology. The true-life situations are considered that the cause development of PSDs and the role of negative thoughts and an emotional factor in their development. A general scheme of the PSD pathogenesis is suggested, which is based on the shift in the balance of the excitation and inhibition processes in CNS towards the prevalence of the former ones. Suppression of the inhibitory processes results in the decrease of the excitation thresholds of different afferent systems and in the development of general hyperesthesia that causes the organism hyperreactivity to the external and internal actions, including the subthreshold ones and stimuli. This underlies the mechanism of PSD clinical manifestations. A possible role of CNS stagnant centers of excitement in the development of PSDs and their ability to migrate in the brain, which reflects the migration of PSD symptoms in the organism, are viewed. Mental, neurologic, cardiovascular, respiratory, digestive, urination, sexual and skin manifestations of PSDs are discussed. General approaches to treating PSD patients are considered. The fundamental importance of the mood factor in the PSD development and alleviation is substantiated.

Keywords: psychosomatic disorders, pathogenic thoughts, suppression of inhibitory processes, general hyperesthesia, polymorphous symptoms, autopsychocorrection

For citation: Semenenya I. N. Psychosomatic disorders: causes, development mechanisms, clinical manifestations and feasibilities of autopsychocorrection. *Vestsi Natsyyanal'nai akademii navuk Belarusi. Seriya meditsinskikh navuk = Proceedings of the National Academy of Sciences of Belarus. Medical series*, 2020, vol. 17, no. 1, pp. 101–121 (in Russian). <https://doi.org/10.29235/1814-6023-2020-17-1-101-121>

Введение. Влияние психики человека, его эмоций на состояние физического или телесного здоровья было известно еще в глубокой древности и рассматривалось в контексте взаимоотношений души и тела. В настоящее время актуальность этой проблемы неизмеримо возросла. Жизнь современного человека характеризуется колоссальными нагрузками на его 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 организмом человека и его соматической (телесной) сферой. В большинстве случаев такие нарушения приводят к возникновению психосоматических расстройств (ПСР), т. е. к психогенно или эмоциогенно обусловленным функциональным (обратимым) нарушениям в деятельности органов и систем организма. При длительном течении ПСР могут развиваться стойкие органические изменения в органах и тканях – психосоматические заболевания. 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. В современном мире роль психики в генезе различных заболеваний, в том числе тяжелых, существенно возрастает. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. психические расстройства войдут в пятерку болезней, приводящих к потере трудоспособности [1].

В настоящее время хорошо известно, что психика является самой мощной управляющей системой организма, в арсенале которой находятся все нервные и химические регуляторы. Поэтому ни одна клеточка организма не свободна от регулирующего влияния психики и любая мысль может изменять течение молекулярно-генетических, биохимических, биофизических и физиологических процессов в соответствии со своим содержанием. Приведем пример, связанный с влиянием мыслеобразов на появление стигматов на теле человека. Так, у Максима Горького в романе «Жизнь Матвея Кожемякина» (над которым он работал на острове Капри, Италия), есть 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) [2].

Причины ПСР. Пусковыми причинами развития ПСР могут быть несчастный случай, смерть и годовщина смерти родных и близких, угроза потери любимого человека, обманутая любовь, серьезные неудачи в служебной и общественной деятельности, утрата престижа, борьба за получение признания и продвижение по службе, семейные ссоры, измена, развод, получение какого-либо тягостного известия, привлечение к судебной ответственности, нравственные потрясения, увольнение с работы, ежедневное выполнение бессмысленных обязанностей, выматывающих человека, чрезмерные умственные перегрузки, боязнь не справиться с порученным делом, хроническая нехватка времени и др. [3–6].

Указанные причины приводят к расстройствам эмоциональной сферы человека, которые непосредственно запускают механизмы ПСР. Это снижение настроения, ангедония (утрата чувства радости), досада, печаль, тревога, беспокойство, тоска, подавленность, страх, чувство вины, самобичевание, отчаяние, безнадежность, отвращение, нетерпеливость, скрытый гнев, подавление агрессивных импульсов и др. У подавляющего большинства пациентов в основе ПСР лежит скрытая, или маскированная, депрессия, главным проявлением эмоционального расстройства при которой является снижение настроения [3–6].

ПСР чаще развиваются у лиц с конституционально повышенной тревожностью, мнительностью, повышенной впечатлительностью и возбудимостью, замкнутых, настороженных, склонных к пессимизму, фобиям, педантичных, мелочных, застенчивых, сверхсовестливых, амбициозных и др. [5, 6].

Механизмы развития ПСР. Очень упрощенно, схематично, механизмы развития ПСР можно представить следующим образом. В основе регулирующего влияния нервной системы на

процессы жизнедеятельности лежит взаимодействие двух основных физиологических процессов – возбуждения и торможения. Процессы возбуждения, распространяющиеся в виде электрических импульсов по нервам от рецепторов кожи, скелетных мышц, костей, связок, суставов, внутренних органов, сосудов к головному и спинному мозгу, а от них – к органам и тканям, определяют стимулирующее влияние на функциональную активность последних: 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. Для чего это нужно? А для того, чтобы активность стимулирующих нервных влияний не была избыточной, не приводила к чрезмерному напряжению, перегрузке и сбоям в работе органов и тканей. Фактически значение процессов торможения сводится к обеспечению соответствия величины ответной реакции организма качественным и количественным характеристикам действующих на него раздражителей. Приведем простой пример. Если, например, лягушку ущипнуть за лапку – лапка отдернется. Однако если перед этим лягушке ввести блокатор тормозных процессов на уровне спинного мозга – стрихнин, то вместо реакции отдергивания лапки мы получим генерализованную судорожную реакцию. Почему? Да потому что процессы возбуждения, возникшие в рецепторах лапки при щипке и распространяющиеся по нервам в спинной мозг, не ограничиваются теми сегментами спинного мозга, которые регулируют движения этой лапки, а вследствие резкого подавления тормозных процессов распространяются по всему спинному мозгу, вызывая судороги. Вот и в случаях с ПСР, по-видимому, действуют подобные механизмы. Причинные факторы, вызывающие ПСР, приводят к угнетению процессов торможения и, соответственно, к доминированию процессов возбуждения, что проявляется прежде всего в общей гиперестезии, т. е. в повышении общей чувствительности нервной системы к внешним и внутренним раздражителям. При этом слабые раздражения, в том числе подпороговые, воспринимаются как сильные или даже экстремальные. Например, малейшее прикосновение к коже или волосам заставляет человека вздрагивать и может вызвать сильную боль, а легкое штриховое раздражение кожи приводит к нестерпимому зуду. Гиперестезия ногтей затрудняет их стрижку, а пальцев рук – завязывание шнурков, надевание перчаток, приготовление пищи; в некоторых случаях из-за выраженной гиперестезии женщины отказываются брать на руки ребенка [6].

В пользу приведенной выше общей схемы механизмов возникновения ПСР свидетельствует способность лекарственных средств из группы бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепам, тазепам, феназепам, реланиум, валиум, седуксен, ксанакс и др.) эффективно устранять клинические проявления данной патологии. Указанные препараты усиливают тормозные процессы в головном и спинном мозге за счет потенцирования действия собственного тормозного медиатора в нервной системе – гамма-аминомасляной кислоты. Понятно, что в патогенезе ПСР в мозге принимают участие различные медиаторы.

Помимо сдвига баланса процессов возбуждения и торможения при развитии ПСР в центральной нервной системе, судя по всему, имеет место и формирование так называемых локальных очагов застойного возбуждения в виде циркуляции нервных импульсов по замкнутым нейронным цепям, которые обеспечивают появление конкретных клинических симптомов. Особенно это характерно для ипохондрической фиксации, т. е. чрезмерной, необоснованной сосредоточенности больного на каких-то незначительных ощущениях в тех или иных частях тела, которые со временем перерастают в тягостные, мучительные симптомы, свидетельствующие, по мнению пациента, о наличии у него какого-то тяжелого заболевания. Эти мысли порой становятся главной заботой больного, хотя ничего органического там нет. Постоянная фиксация мысли на каком-то участке тела приводит к снижению порогов возбудимости в мозге и на уровне периферических рецепторных образований для идущих от этого участка нервных импульсов. А это, в свою очередь, вызывает локальную гиперестезию, проявляющуюся в усилении разнообразных неприятных ощущений, выраженность которых со временем возрастает, если концентрация внимания на них сохраняется и усиливается.

Для понимания механизмов ПСР при формировании локальных очагов застойного возбуждения приведем следующий пример. У одного пациента после смерти отца стали выпадать волосы.

Через несколько месяцев они отрасли. Возможная причина – смерть матери. Это свидетельствует о том, что сформировавшаяся в организме патологическая система в форме очагов застойного возбуждения, поддерживающая ПСР-симптомы, может или разрушиться, или, скорее всего, перейти в латентное (неактивное) состояние под действием другого сильного, хотя и схожего по информационным характеристикам раздражителя, но формирующего другую патологическую систему с иными ПСР-симптомами. Вероятность перехода ПСР-систем в латентное состояние с последующей их активацией подтверждается примерами о возобновлении прежней ПСР-симптоматики после действия факторов, «оживляющих» память на какие-то негативные события. Так, например, описана ежегодно повторяющаяся крапивница в виде зудящих волдырей у отца на годовщину смерти дочери [6].

Другой особенностью очагов застойного возбуждения в ЦНС, связанных с ПСР, является, по-видимому, их способность к миграции в мозге с соответствующей миграцией клинических симптомов на периферии, например миграция болей из одного сустава в другой или по всей брюшной полости.

Пациенты с ПСР как большая проблема для здравоохранения. Больные с ПСР являются особой категорией пациентов. Среди врачей для них закрепились такие определения: «больные, у которых ничего нет», «хронические ходоки по врачам», «хронические жалобщики», «знакомые лица», «случаи с толстым досье», «больные, заблудившиеся в соматической клинике», «проблема № 1 в современной медицине». И действительно, пациенты с ПСР являются большой проблемой для здравоохранения. По мнению многих авторов, более половины пациентов, обращающихся с соматическими жалобами в поликлиники и стационары, нуждаются лишь в коррекции эмоционального состояния, что позволяет снять клинические симптомы и фактически вылечить таких «больных». Однако психосоматическая грамотность и настороженность врачей общей практики, большинства узких специалистов в целом недостаточно высоки, что приводит к большим затратам времени и средств на обследование этих пациентов с установлением зачастую неверного диагноза и назначением необоснованного лечения, пока не будет установлена истинная причина недомогания. Огромная нагрузка на диагностические службы снижает доступность их услуг для тех, кто в них действительно нуждается. Больные с ПСР порой годами безрезультатно принимают огромное количество лекарств, проходят многочисленные курсы физиотерапевтических процедур, подвергаются хирургическим вмешательствам. Приводится пример, когда 150 пациентов с ПСР до установления истинного диагноза и назначения адекватной терапии получили необоснованное лечение в виде 496 курсов консервативной терапии, 811 терапевтических вмешательств и 244 хирургических операций [6–8].

Указанные состояния побуждают больных изучать медицинские справочники и монографии, посещать конференции и съезды терапевтов, кардиологов, гастроэнтерологов и других специалистов, дискутировать с лечащими врачами по вопросам диагностики и лечения. Они беспрестанно размышляют о своих симптомах и их причинах, диагностируя у себя различные заболевания, упорно ходят от врача к врачу, разъезжают по всей стране, стремясь найти «настоящего специалиста», который поставит им правильный диагноз. По мере увеличения длительности страдания нередко наблюдается ипохондрическое развитие личности, в результате чего больные уже не столько просят помощи, сколько требуют ее, не прощая врачам неспособности или нежелания разобраться в их состоянии. Они всех критикуют, подрывают авторитет врачей в глазах других больных, настойчиво обращаются в различные инстанции с бесконечными жалобами, обвиняют врачей в халатности и преступном невнимании к ним, требуют судебного разбирательства и наказания виновных [6, 8, 9].

Больные ищут возможности достать «самые лучшие лекарства», лечатся бесконечными курсами антибиотиков и других противомикробных средств, что зачастую приводит к развитию дисбактериоза и приобретению в связи с этим множественной устойчивости к антиинфекционным средствам, используют даже цитостатики для предупреждения возможного развития рака или «уничтожения уже имеющейся злокачественной опухоли». Некоторые больные, наоборот, наотрез отказываются от каких бы то ни было назначенных врачом лекарств, выбрасывая их за окно или спуская в унитаз [6, 9].

Частое употребление алкогольных напитков как наиболее легкий способ аффективной разрядки эмоционально нестабильных людей нередко приводит к хроническому алкоголизму. Некоторые больные совмещают пребывание на больничном листе по поводу, например, «стенокардии напряжения» с ежедневными продолжительными тренировками в плавательном бассейне либо бегом трусцой в любую погоду и т. д. [6, 8, 10–12].

По мнению экспертов ВОЗ, каждый человек в своей жизни по меньшей мере один раз испытывает депрессивное состояние, сопровождающееся соматическими нарушениями. Исходя из этого, можно утверждать, что ПСР хоть и кратковременно, хоть и в легкой форме, но наблюдаются практически у каждого человека, в том числе и у детей, 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. [1, 13, 14].

Таким образом, пациенты с ПСР являются серьезной социально-экономической проблемой не только для здравоохранения, но и для государства в целом. Масштабы распространения ПСР точно не известны, но они огромны и постоянно нарастают.

Клинические проявления ПСР. Своеобразным зеркальным отражением расстройств эмоциональной сферы человека являются клинические проявления ПСР. Они настолько многообразны, что охватывают практически все возможные болезненные ощущения, которые только могут возникать у человека. Главная их причина, как уже упоминалось, – общая психическая гиперестезия.

Психические проявления. К числу психических проявлений ПСР относятся снижение настроения, подавленность и тоскливость. Многие больные испытывают мучительное чувство «тупой, щемящей тоски, которая нападает на человека в предчувствии загадочной и ничем не мотивируемой угрозы». Состояние тоски и угрозы носит нередко пароксизмальный характер (по выражению больных, «жить не хочется, хоть удавись!»). Они со страхом думают о возможности повторения этих приступов, говорят о безрадостности, утрате чувства счастья, юмора и вкуса к жизни, снижении или полной утрате прежних интересов, апатии и безразличии ко всему («ничего не хочется делать», «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», «красота не воспринимается, даже хорошее не радует, смешное не смешит», «шутки и смех окружающих или соседей по палате выводят из себя» [6, 12, 15].

К частым проявлениям ПСР относят расстройства сна. О нормальном сне многие больные мечтают как о высшем благе. Чаще всего им не дают заснуть страх перед бессонницей, наплывы тягостных мыслей, головная боль, неприятные и гнетущие ощущения в тех или иных органах и частях тела, возникающие или резко усиливающиеся по мере приближения ночи и нарастания аффективной напряженности. У некоторых больных нарушение засыпания обусловлено страхом смерти во время сна, боязнью заснуть и не проснуться. Особенно тяжело переносится пациентами стойкая бессонница. Они мечутся в постели или напряженно вслушиваются в тишину, отсчитывая оставшиеся до рассвета часы и минуты. Иногда мягкая постель напоминает им «раскаленную верхнюю полку в парилке». Снотворные средства при этом эффекта не дают. Больные описывают такие состояния как «пытку в ожидании утра». Иногда отмечается расстройство так называемого «чувства сна», когда при объективно неплохом сне больные утверждают, что не спят неделями и месяцами. Встречаются случаи, когда их мучают кошмарные сновидения; они разговаривают во сне, а иногда просыпаются от собственного крика. Для многих из них характерно раннее пробуждение, сопровождающееся нередко приступами учащенного сердцебиения, болями в области сердца и чувством нехватки воздуха после непродолжительного, беспокойного и поверхностного сна [1, 6, 9, 14].

Для больных с ПСР характерны астенические состояния. Эмоциональные перегрузки и тревожно-депрессивные переживания обуславливают жалобы на вялость и чувство крайней усталости, слабость в руках и ногах, чувство разбитости и физической истерзанности, «полное истощение нервной системы», умственную лень и равнодушие ко всему, сменяющие изначальные вспыльчивость и раздражительность. Чувство крайней усталости может локализоваться в го-

лове, груди, подложечной области, спине, позвоночнике, ногах или во всем теле. Собственное тело воспринимается как неподъемная ноша. Больные жалуются на то, что «голову порой трудно держать на плечах», «поясница словно надламывается», «ноги делаются ватными», «сам себя еле таскаешь». Ощущение повышенной утомляемости с заметным снижением умственной и физической работоспособности у них обычно несоизмеримо выполненной работе. Так, приводится пример, когда больная стирала рубашку «по частям», отдыхая через каждые 5–10 мин [6, 8, 12].

У некоторых пациентов отмечаются отчетливые суточные колебания астении. Они с трудом поднимаются с постели по утрам, жалуясь на вялость, разбитость и сердцебиение («как выжатый лимон», «как будто на мне всю ночь дрова возили», «как будто и не спала»). Такие больные «приходят в себя» обычно в течение дня и могут быть очень общительны по вечерам. Астенические состояния у них могут проявляться приступообразно в виде внезапно наступающей общей слабости, «сбивающей с ног», и усиления чувства тревоги и страха по этому поводу. Нарастающая астения усугубляет тревогу и страх, что еще больше усиливает астению, доводя больного порой до полного изнеможения [6, 12, 14].

Смутное ощущение соматического дискомфорта при отрицательных эмоциях формирует ипохондрическое настроение индивида, которое постепенно трансформируется в чувство болезни – «я чем-то болен, но чем?». При этом нарастают страхи и опасения за собственное здоровье. Больные 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, а может быть, кровь от сердца до них уже не доходит?», «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 и чувство физического и психического дискомфорта почти неизбежно приводят больного к мысли о наличии у него какого-то серьезного заболевания, не распознанного врачами. Подозрение, что в организме что-то не так, довольно быстро сменяется уверенностью, что в нем «все-таки что-то есть». Легкую гиперемию зева больные 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. [3, 6, 11, 12].

Будучи и не здоровыми, и не больными, такие пациенты живут в постоянном ожидании инсульта и инфаркта миокарда; они ищут и находят у себя симптомы анемии и сепсиса, сахарного диабета и начинающейся гангрены конечностей; часами рассматривают себя в зеркале, пытаются распознать признаки болезни, или, наоборот, испытывают панический страх перед зеркалом, которое «раскрывает страшную правду о болезни»; 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». Приводится пример, когда больной на протяжении многих лет прощался со своей семьей каждый вечер перед сном со слезами, уверенный в том, что он их больше никогда не увидит, и каждый день обнимал их по утрам со слезами радости [3, 6, 14, 16].

Обостренное ощущение невыносимого страдания, страх неизвестности вынуждают больных активно добиваться различных обследований и хирургических вмешательств (удаление небных миндалин при малейшем подозрении на хронический тонзиллит, резекция щитовидной железы при выраженном устойчивом дискомфорте в области шеи, аппендэктомия и холецистэктомия при болевом синдроме в брюшной полости и т. д.) [3, 6, 14].

Нередко встречается дисморфофобия – болезненное, неадекватное восприятие своей внешности, когда больной, убежденный в собственном несовершенстве, настаивает на хирургическом вмешательстве с целью устранения мнимых или несущественных дефектов, а также предпринимает попытки сам себя оперировать (симптом Ван Гога). Иногда имеют место бактериофобия и мизофобия (боязнь пыли и «нечистот»), проявляющиеся выраженной брезгливостью, страхом прикосновения к окружающим людям и объектам окружающей среды. Частыми фобиями являются канцеро- и кардиофобия, когда любые неприятные ощущения воспринимаются как симптомы злокачественной опухоли с метастазами или как предынфарктное состояние с ежеминутной угрозой остановки и разрыва сердца [11, 14, 15].

Порой пациентов одолевает страх одиночества, когда они ни на шаг не отпускают от себя родных или жалуются на резкое ухудшение самочувствия при переселении в отдельную квартиру или переводе в отдельную палату [6, 8].

У некоторых больных в метро в часы пик возникают панические атаки (страх смерти от удушья, инфаркта миокарда или инсульта), сопровождающиеся выраженной тахикардией, обильным пототделением, головокружением и даже обморочным состоянием на пике аффекта [6, 8, 12]. В ряде случаев наблюдаются состояния, которые особенно пугают больных, – на какое-то мгновение они видят себя со стороны мертвыми.

Встречаются пациенты, у которых один лишь вид здоровых, не думающих о смерти людей, живущих размеренной жизнью и обычными житейскими заботами, вызывает крайнее раздражение, а громкий смех – неудержимую ярость. В то же время вспышки злобы, а иногда чуть ли не ненависти к окружающим могут сменяться невольными слезами, ощущением неловкости и сожаления по поводу своего срыва. В конце концов жизнь этих больных становится невыносимой как для них самих, так и для окружающих людей, и в отдельных случаях имеют место суицидальные попытки [11, 14].

Неврологические проявления. Особенностью неврологических жалоб пациентов с ПСР является то, что у них может болеть все в связи с психической гиперестезией, т. е. повышением чувствительности нервной системы к действию любых раздражителей. Любое прикосновение к телу (даже одежды), расчесывание волос может вызвать острую боль, и даже незначительное болезненное ощущение может стать невыносимым. На обычные раздражители они 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 их до иступления и т. д. В то же время нередко отмечается выраженная изменчивость болевой чувствительности. Так, например, страшная боль, от которой пациент чуть ли не кричал, может внезапно исчезнуть. Наряду с гиперестезией могут встречаться и локальные очаги гипестезии и даже анестезии (прежде всего тактильной и болевой) на различных участках кожи и слизистых оболочек. Участки гипестезии и анестезии могут формироваться в результате временного компенсаторного подавления чувствительности близлежащих отделов нервной системы резко повышенной чувствительностью других отделов. По-видимому, это имеет значение для предохранения нервной системы в целом от чрезмерных перегрузок. При развитии, например, анестезии слизистой оболочки носа отсутствует реакция чихания на действие раздражающих веществ, анестезия глаз не приводит к рефлекторному слезотечению и миганию при попадании инородного тела и т. д. Резкая гипестезия или анестезия отдельных участков кожи может приводить к тому, что больные с удивлением обнаруживают у себя, например, ожоги, появившиеся в результате обкладывания своих «ледяных» ног бутылками и грелками с горячей водой [3, 6, 11].

Довольно частым симптомом ПСР является головная боль (отмечается, как правило, у женщин). Считается, что психогенная головная боль встречается чаще, чем другие ее формы. Характеризуя ее, больные говорят о полноте и напряженности в черепе, переливании в нем и ощущении того, что что-то рвется, сотрясании и выворачивании мозга наизнанку («не то давит, не то распирает», «на мозги как давит кто-то», «тяжелая, как свинцом налитая»). Болезненные ощущения могут быть весьма изменчивы: голова болит то слева, то справа, то в одном месте, то в другом, может быть тупой, острой (сверлящей, стреляющей, жгучей), пульсирующей, то в затылке жмет, то в темени давит, то в висках простреливает, то во лбу как иголочками покалывает. Нередко встречается синдром так называемой «каска неврастеника» (ощущение сдавливающего обруча на голове или ремня, стягивающего лоб). Боль усиливается при умственном напряжении и высокой концентрации внимания [3, 6, 11].

Весьма распространенным симптомом является головокружение. Нередко в его основе лежит агорафобия – страх открытых пространств или скоплений людей. Вот как описывает свое состояние один из больных: «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». Именно тревога и страх за свое состояние нарушают автоматизм ходьбы, и у больных возникает чувство неустойчивости собственного тела («ноги как ватные, дрожат в коленях, не слушаются, подкашиваются»). Многие из них жалуются на пошатывание при ходьбе, передвигаются «по стеночке», утверждают, что их «бросает» из стороны в сторону. Некоторые боятся выходить из-за этого на улицу. Кроме того, больные так описывают свои ощущения: «какой-то не порядок в голове», «голова несвежая, туманная, как при высокой температуре», «смотрю как сквозь серую дымку», «словно сознание вот-вот потеряешь или смерть уже близка». Одна больная, опасаясь повторения подобных состояний в определенных условиях, так описала свое состояние: «Я сразу поняла, раз все двери и окна закрыты, мне будет плохо». Иногда отмечается связь головокружения с умственным перенапряжением. Головокружениям нередко сопутствуют обморочные состояния. Их причинами могут быть острая сосудистая недостаточность в виде кратковременной ишемии головного мозга при падении сосудистого тонуса на пике аффекта, резкий подъем артериального давления при испуге и др. [3, 6, 14].

Как проявление гиперестезии у ряда больных могут встречаться психогенные невралгии, которые проявляются по ходу межреберных промежутков (боли в левой половине грудной клетки нередко ассоциируются 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 для стоматологов являются больные, которые жалуются на «адскую» боль в здоровых зубах и требуют их удаления. Встречаются пациенты, у которых даже малейшее движение вызывает ощущение невыносимой боли. Особенностью психогенных невралгий является их мигрирующий характер. Так, один больной долго и безуспешно лечился от невралгии тройничного нерва, затем – от последовательно сменяющихся друг друга межреберной невралгии, шейного и пояснично-крестцового радикулита [3, 11, 15].

В клинической практике нередко встречается психогенный пояснично-крестцовый радикулит, часто «обостряющийся» при развитии депрессивных состояний после семейных неурядиц, конфликтов на работе и др. У одной больной ежегодные обострения этого «заболевания» возникали с началом напряженной работы над составлением годового отчета (в январе) и прекращались вскоре после его завершения. Особенно часто в последнее время отмечают психогенный цервикальный синдром, проявляющийся болевыми ощущениями в области шеи и затылка, в возникновении и исчезновении которых прослеживается четкая связь с наличием или отсутствием депрессивных состояний [6, 16].

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», «подошвы 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». Больные 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 [11, 15].

К числу неврологических проявлений ПСР относят так называемые функциональные судороги. Они могут проявляться в виде писчего спазма, когда возникают трудности в написании рукой текста, спазма телеграфистов, портных, доильщиц, пианистов, флейтистов, скрипачей, артистов балета (спазм икроножных мышц), функциональной спастической кривошеи. Существует зависимость степени выраженности различных проявлений функциональных судорог от концентрации на них внимания – тем больше внимания фиксирует больной на имеющемся у него спазме, тем сильнее тот проявляется [3, 6, 8].

Тяжелым испытанием для многих является шум в ушах или в голове, особенно по вечерам, когда больной кладет голову на подушку, и ночью при бессоннице (в голове «как улей жужжит», «как телеграфные провода гудят», «словно самовар шумит или паровоз пыхтит» и т. д.) [6, 8].

Иногда пациенты жалуются на снижение остроты зрения, повышенную утомляемость глаз при чтении, ощущение тумана перед глазами, нечеткость зрительного восприятия. Реже встречается зрительная гиперестезия с выраженным обострением зрения, появлением «молний», «искр», цветных кругов в глазах и др. Такие больные не в состоянии смотреть телевизор, перестают читать и др. [8, 11].

У некоторых пациентов встречается обонятельная гиперестезия. Они жалуются на отвращение к ранее для них приятным или нейтральным запахам (табак, благовония и др.), отмечают пристрастие к «техническим» запахам (бензин, лаки, краски и др.) [6, 12].

Комплексным неврологическим проявлением ПСР является так называемый гипоталамический синдром, имеющий различные клинические варианты течения и объединяющий множество симптомов со стороны различных физиологических систем организма, органов и тканей. Особенно тяжело протекают гипоталамические кризы.

Костно-мышечная система. Пациенты с ПСР жалуются на нестойкие мигрирующие полиартралгии и миалгии в виде тупых, тянущих, ломящих, ноющих, жгучих или дергающих болей. Отмечается чувство «свинцовой» тяжести и крайней усталости в конечностях, возможно появление онемения, покалывания или ползания мурашек, стягивания, жара, холода или даже передвижения под кожей инородного тела, особенно в околосуставных тканях. Интенсивность болезненных ощущений резко возрастает на пике эмоционального напряжения и по ночам, при бессоннице, когда все кости тянет, «будто душу выворачивает», рвет, сверлит, крутит. Мигрирующий характер болей проявляется «перемещением» их из одного сустава в другой в течение нескольких часов или дней, хотя возможна и локализация патологических ощущений в каком-либо суставе, иногда с преходящей его припухлостью и ограничением подвижности [3, 6, 11].

Как проявление ПСР иногда встречается интермиттирующий гидрартроз, или перемежающаяся водянка, – острый суставной синдром с резкой болью, отеком околосуставных тканей и даже выпотом в полость сустава. Перемежающаяся водянка развивается всегда в одном и том же суставе, чаще всего в коленном, и, как правило, через одинаковые промежутки времени, например каждые 2 недели. Она не требует назначения противовоспалительной терапии и бесследно исчезает через 3–8 сут [6].

Интересный случай описан в 1894 г. одним из крупных специалистов по проблемам ПСР Г. Оппенгеймом [17]: «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».

Иногда больные жалуются на диффузные или локальные тягостные ощущения по ходу позвоночника, в конечностях, межлопаточной и пояснично-крестцовой областях. Мышцы спины, ягодиц, конечностей могут то ныть, то неметь, появляются ощущения покалывания, пощипывания, скручивания, сверления, дергания, простреливания, мышечной скованности, одеревенелости, «замороженности» всего тела. На высоте ипохондрического раптуса встречаются случаи возникновения своего рода озноба при нормальной температуре тела, при этом у пациентов могут громко стучать зубы [3, 6, 11].

Сердечно-сосудистые расстройства. Пациенты с ПСР 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, в левое подреберье, на всю верхнюю часть живота, отдавать в шею, лопатку, околосуставную и поясничную области, верхние и нижние конечности, яички. Боли могут быть тупыми, глухими, давящими, сжимающими, ноющими, ломящими, тянущими, щиплющими, режущими, колющими, пульсирующими. Могут отмечаться тяжесть, стеснение, напряженность и жжение в области сердца. Больные так описывают свои ощущения в области сердца: «тоскливое сжатие сердца по утрам и по мере приближения бессонной ночи», «чувство тревоги и тяжести на сердце, словно кто-то наступил на него», «сердце как огнем горит», «левая часть грудной клетки немеет, как в холодильнике», «сердце замирает, останавливается, и это терпеть невозможно, – кончается, уходит из меня жизнь, и только сауна снимает эти ощущения», «как будто ком за грудиной находит, что-то тяжелое к сердцу подвешено, камень на нем лежит» [6, 8, 15].

Бывает, что на пике эмоциональных расстройств (волнение, тревога, страх, панический ужас) больные громко стонут и причитают, 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»). Следует отметить, что при приеме нитроглицерина у большинства больных с ПСР полный терапевтический эффект достигается не через 2–3 мин, как при классической стенокардии, а либо почти мгновенно, как только больной положит таблетку под язык, либо спустя 30–40 мин после приема [6, 16].

Нередким явлением у пациентов с ПСР являются нарушения сердечного ритма, чаще в виде пароксизмальной тахикардии (синусовой, наджелудочковой, желудочковой). Интересно, что приступ тахикардии, развившийся дома или на работе, зачастую не снимается при введении противоаритмических средств в достаточной дозе (например, 10–15 мл 10 %-ного раствора новокаинамида), но прекращается, как только больной почувствует себя в безопасности (в машине скорой помощи либо в приемном покое больницы). Пациенты так описывают свое состояние при пароксизмальной тахикардии: «сердце бьется, трепыхается как рыба на берегу, и это так страшно, что хочется прижать его, чтобы не выскочило, а в голове только одна мысль: уж не конец ли? Или даже просто – конец!». Больные слышат стук своего сердца через подушку или матрац («от этого сердцебиения даже кровать дрожит»), ощущают неприятное («до дурноты») чувство «ненормальной» пульсации не только в сердце, но и в висках, горле, под левой лопаткой, в ладонях, эпигастральной области и во всем теле. В ряде случаев боли и приступы тахикардии сопровождаются ощущениями озноба или жара во всем теле, похолодания и онемения конечностей, невозможности полного вдоха, чувства нехватки воздуха и др. [6, 12, 14].

Другим нарушением сердечного ритма у больных с ПСР являются экстрасистолы, которые могут быть одиночными или групповыми. В большинстве случаев экстрасистолия возникает преимущественно по утрам – при пробуждении («когда поймешь, что день не сулит ничего хорошего») или по пути на работу («от которой в условиях конфликтной ситуации особой радости не ждешь») и прекращается при эмоциональном подъеме и смене обстановки, в выходные дни или во время отпуска и др. [12, 16].

Серьезным расстройством является кардиофобия, которая формируется у склонных к ее развитию пациентов как чувство дискомфорта в области сердца или в 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 больные постоянно считают у себя пульс, панически реагируют на его малейшие изменения, строго дозируют физические нагрузки. Многие пациенты 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, не едят черный хлеб и другие продукты, вызывающие метеоризм, что увеличивает нагрузку на сердце. Некоторые из них ездят на работу только в сопровождении кого-то из близких, стараются держаться вблизи стоянок такси, которые смогут доставить их в больницу в случае чего, испытывают панический страх толпы, которая может смять их, если станет плохо с сердцем. Для таких больных характерна полная социальная инвалидизация, и они могут категорически отказываться от всякой трудовой деятельности [6, 15].

Приводится интересный случай, когда у больной, 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 ее перевода с «бумажной» работы на работу в заводской цех (за станок) чувство ответственности за хранившиеся у нее документы исчезло и полностью прекратились приступы стенокардии [6].

Частым симптомом у пацієнтаў с ПСР яўляюцца змяненні артеріальнага даўлення ў віде артеріальнай гіпотэнзіі ці артеріальнай гіпертэнзіі. Хронічная артеріальная гіпотэнзія сведчыць, як правіла, аб зніжэнні агульнага жыццёвага тонуса, псіхогеннай астэніі. Жалобы больных вельмі разнаобразны: гэта нудная ці, наадварот, острая, разрываючая, давячая, режушая боль ў прэкардыяльнай абласці, сэрцабіенне і перабоі ў рабоце сэрца, адчуванне нехваткі воздуча ў покое і выражаная одышка пры умереннай фізічнай нагрукі і др. Непрыятныя адчуванні ў прэкардыяльнай абласці лакалізуюцца гавным абразам ў абласці верхушкі сэрца. Яны не распастраняюцца, як пры класічнай стэнокардыі, ў левую руку і левую лопатку, п'яўляюцца абывчно ў покое ці ўтрам пасле сна (рэдка пры фізічнай нагрукі), усылваюцца пры форсіраваным дыханні і могуць захоўвацца часамі і даўе суткамі. Прымяненне нітрагліцэрына ухуджае становішча больных (вследствие расшырэння сосудаў і яшчэ большага падаення артеріальнага даўлення), тагда как лёгкія фізічныя ўпражненні могуць заметна ўлучшаць іх становішча. Часта адзначаюцца жалобы на парушэнні засыпанія, кошмарныя сновідення, рэзкую слабасць па ўтрам, адсутнасць бодрасці пасле даўлянага сна, пастаянную усталасць, апатыю, ухуджаенне памяці, рассяяннасць. Іногда наблідаецца эмацыянальная неустойчынасць в'яплоть да дысфорыі ці аф'фектыўных вспышек с агрэсіяй. Нерэдкія галавныя болі ў гэтых пацієнтаў вознікаюць абывчно пасле сна, фізічнай ці умсвеннай работы, лакалізуюцца чащэ ў лобна-вісочнай ці лобна-тэменнай абласцях, аднако могуць і не мець чёткай лакалізацыі. Тупая, давячая, сцягываючая, распыраючая ці пульсіруючая галавная боль прадаўжаецца ад нескількіх часоў да 2–3 сут. В ряде случаев она протекает по типу мигрени с тошнотой и рвотой, уменьшается или проходит после прогулки на свежем воздухе или физических упражнений. У такіх больных нерэдкі перыядычныя галавокружэнні с пашатываннем пры хадзьбе і абморочнымі становішчамі (пры гіпотэнзівных крызах), павышэнная чувствітэльнасць к яркаму свету, шуму, громкай рэчы і др. Повторные приступы внезапных головокружений с тошнотой обуславливают формирование стойких ипохондрических страхов и опасений, убежденность в близости надвигающейся смерти. Пасле гіпотэнзівных прыступоў возмажно кратковременное павышэнне артеріальнага даўлення [3, 6, 8, 12].

Частым симптомом у пацієнтаў с ПСР яўляецца псіхогенная артеріальная гіпертэнзія. Срэды яе праяўленняў – галавная боль, кардыалгіі, сэрцабіенне, перабоі ў рабоце сэрца, адчуванне нехваткі воздуча, потлівасць, з'ябкасць, парэстэзіі, чрэзвычайная утомляемасць і др. Головокружения и кратковременные обморочные состояния, шум или резкий свист в ушах, ухуджаенне зрэння с п'яўленнем «тумана» ў г'язах, мельканнем точак, кругоў і др. спосабствуюць развіццю іпохондрычнага сіндрому са стойкім страхам смерці ад болезні і яе паследс'твій (інфаркт міакарда, інсульт с паралічом, псіхічныя расстройс'тва) [15, 16].

Расстройс'тва дыханія. Одним из характерных симптомов ПСР яўляецца одышка. Большасць больных іспытваюць пастаяннае ці перыядычнае адчуванне нехваткі воздуча: «не так дышыцца», «дышаць нечэ, воздуча нет», «нет свободы і лёгкасці ў дыханні», «как будто в груди мешает что-то, сжалось и не отпускает, не дает ни вдохнуть, ни выдохнуть, теснит и задавливает легкие, препятствует свободному прохождению воздуха», «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!». Пацієнты жалуюцца на сухасць, жжэнне, щекотанне, стэсненне, сжыманне ці онемленне і одеревенеласць ў дыхатэльных пуцях, першэнне ці адчуванне прыліпшэй крошкі хлеба ў гортаноглотке с почти пастаяннай патрэбнасцю откашляцца. Встречаются больные, которые кашляют не переставая – с утра до вечера. Прыступы псіхогеннага кашля абывчно вознікаюць пад ўплывам рэзкіх запахоў (гарь, газ, лакі, краскі і др.) ў душным, плохаветрываемым п'ямяшчэнні, на піке аф'фектыўнага нап'яжэння, пры засыпанні і рэзкай смене погоды. Кашель не падаецца абывчнай тэрапіі і п'яўнасцю прэкращасца пры спонтаннай нармалізацыі аф'фектыўнага становішча больнага ці пад ўплывам псіхатэрапіі [3, 6, 14].

У пацієнтаў могуць наблідацца тажке прыступы псіхогеннай астмы – абострэння псіхогеннай одышкі с частотой дыханія да 40–60 ў мінуту. Описан случай с вознікновеннем бронхоспазмаў ў жэны, вызваных волненнем пры прыступах стэнокардыі ў мужа [6].

Расстройства пищеварительной системы. У пациентов с ПСР часто отмечаются 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 изменением настроения. Встречаются случаи четкого суточного колебания аппетита, когда больные «не могут смотреть» на пищу по утрам, но с удовольствием ее поглощают вечером или ночью. Плохое настроение может приводить как к полифагии, так и к угнетению аппетита. В основе полифагии и булимии может лежать акория – утрата чувства насыщения, хотя чаще всего это связано с заботой об укреплении организма. Пароксизмы острого голода могут сменяться почти полным отвращением к пище. Во время таких приступов 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 больные начинают поедать мед, известку, уголь и даже пить уксус [3, 6, 8, 12].

Встречаются случаи, когда самоограничение в еде может приводить не к уменьшению, а, наоборот, к увеличению массы тела, что свидетельствует о существенном снижении интенсивности обменных процессов. В некоторых случаях при глубокой депрессии со страхом смерти от какой-либо болезни (чаще всего от рака) упорная анорексия, как считается, является одной из форм самоубийства. Бывает и наоборот, когда некоторые больные со страхом смерти от надуманного рака силой заставляют себя много и часто есть, преодолевая даже отвращение к пище. Приводится пример, когда такая больная съедала до 0,5 кг сала в день [3, 6].

Частыми симптомами ПСР являются тошнота и рвота. Кроме отрицательных эмоций тошноту и рвоту могут вызывать и сильные положительные эмоции, в том числе радость. Психогенная тошнота нередко наблюдается 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. Тягостное ощущение тошноты или легкого подташнивания локализуется, как правило, в верхней части грудной клетки, «у горла» или «идет от живота». Больных мучает ощущение тошноты, которое «невозможно передать словами», «душу тянет, мутит, выворачивает». Психогенная тошнота может сопровождаться изжогой, не поддающейся диете. Порой тягостное ощущение тошноты вынуждает 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 для других ПСР-симптомов, появлению тошноты предшествует снижение настроения, чувство физического и душевного дискомфорта и др. [3, 6, 14–16].

Нередко проявлениями ПСР являются обычные хронические запоры (стул реже 2 раз в неделю) и отсутствие удовлетворения от дефекации. Больные могут по несколько часов в сутки проводить в туалете, ставя себе ежедневно до 8 клизм, а некоторые из них для достижения полной дефекации механически раздражают анальную область, что приводит порой к кровотечению и выпадению прямой кишки. Одним из психогенных расстройств дефекации является эмоциональная диарея (понос), или «медвежья болезнь», которая возникает при внезапном испуге, напряженном ожидании чего-либо и при других ситуациях, вызывающих чувство острой тревоги и душевного дискомфорта. Учащение дефекации до 5–10 раз и более в сутки сопутствует значительному ухудшению самочувствия. У некоторых больных позывы к дефекации возникают после каждого приема пищи. Пациенты, у которых отмечаются неприятные ощущения в животе (тяжесть, урчание, распирающие колики и др.), предпочитают подтяжки вместо ремня и носят свободные в поясе брюки [3, 6, 12].

Частым симптомом являются боли в животе. Психогенные боли очень изменчивы, чрезвычайно лабильны по характеру (тянет, ноет, щемит, 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 об-

ластях и миграции ее по всему животу). Тягостные болевые ощущения пациенты характеризуют так: «то нудно ноет, то дерет», «то горит, то холодеет, как от мятных капель», «то будто прилипло что-то, то давит как туго затянутый ремень», «дергает, как нарыв», «щекочет, как фурункул», «болит, точно тупым предметом режут», «покалывает как иголочками», «огнем горит», «распирает, будто разрывается что-то». Абдоминальные боли у некоторых больных усиливаются после еды. Характерно, что самое безупречное диетическое питание может ухудшить состояние пациентов, а пряная, соленая или кислая пища может вызвать чувство удовольствия [3, 6, 16].

Много беспокойства и тревожных мыслей доставляет больным выраженный метеоризм, нередко сопровождающийся выраженным болевым синдромом, причиной которого являются спазмы и (или) значительное растяжение кишечника. Фиксация внимания пациентов на длительно сохраняющейся абдоминальной симптоматике может приводить к тяжелой ипохондрии и канцерофобии. Они панически боятся запоров и поносов, острого аппендицита и холецистита, желудочного кровотечения и кишечной непроходимости, пищевой аллергии и злокачественной опухоли. Больные ежедневно ощупывают себя и рассматривают в поисках новых симптомов какого-то тяжелого заболевания. Такие пациенты годами лечатся по поводу хронического гастрита и дуоденита, хронического холецистита, колита и др. Многие из них испытывают потребность подробно рассказывать об особенностях своего пищеварения [14–16].

Расстройства со стороны отдельных органов пищеварения. Язык. Иногда больные 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) [6, 12].

Пищевод. 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» [8, 12].

Частым нарушением являются спастические сокращения пищевода, которые сопровождаются затрудненным глотанием, ощущениями мучительного стягивания, кома или инородного тела в глотке или за грудиной. Одной из причин развития локального или диффузного эзофагоспазма является канцерофобия с тревожным ожиданием роковых симптомов, особенно после смерти родственника или знакомого от рака пищевода. В развитии эзофагоспазма имеют также значение опасения подавиться или захлебнуться во время еды, боязнь горячей или плотной пищи, которая вызывает или усиливает болезненные ощущения по ходу пищевода, ипохондрическая фиксация на области глотки у больных с действительным или мнимым тонзиллитом или фарингитом. Жалобы на затрудненное глотание могут сочетаться с довольно резкими болезненными ощущениями за грудиной, иррадирующими в эпигастральную область, по ходу межреберных промежутков, в спину, руки и даже в нижнюю челюсть. Дисфагия характеризуется выраженной вариабельностью симптоматики: то никакая пища не проходит, то твердая проходит лучше жидкой, то полностью восстанавливается нормальная проходимость пищевода. Эти расстройства нередко сопровождаются отрыжкой или изжогой, а также пищеводной рвотой без типичного кислого желудочного запаха. Частным проявлением эзофагоспазма является кардиоспазм. 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 гастро-эзофагеального рефлюкса с развитием изжоги, а в дальнейшем – рефлюкс-эзофагита с образованием эрозий и язв [3, 6, 16].

Желудок. Гиперестезия слизистой желудка порождает чувство тяжести в нем даже натощак и переполнение его после первых глотков жидкой или плотной пищи. Иногда острая боль в эпигастрии отмечается сразу после проглатывания ломтика копченой колбасы. Физиологические

«голодные» сокращения желудка натошак, начинающиеся через каждые 1–1,5 ч в норме, воспринимаются пациентами с ПСР как «голодные боли». Характерным симптомокомплексом у подавляющего большинства больных является синдром раздраженного желудка. Он проявляется болью в подложечной области (от неясной, смутной, гнетущей до очень сильной, схваткообразной). Могут отмечаться аэрофагия, усиленное слюноотделение, тяжесть, давление, распирающие, переполнение в подложечной области, очень быстрая насыщаемость, тошнота и отрыжка [3, 6, 15].

Желчевыводящие пути. Одним из проявлений ПСР могут быть психогенные дискинезии желчевыводящих путей, проявляющиеся болью в правом подреберье, которая может быть как неопределенной, нудной, тупой, ноющей, без четкой иррадиации, длительностью от нескольких часов до нескольких дней (при гипотонии и гипокинезии желчного пузыря), так и острой, схваткообразной, порой отдающей в правое плечо, правую лопатку или ключицу (при гипертонии и гиперкинезии желчного пузыря), обычно кратковременной, но иногда повторяющейся несколько раз в сутки. Психогенные дискинезии желчевыводящих путей могут быть причиной хирургического удаления желчного пузыря, а сохраняющиеся после операции симптомы нередко расцениваются врачами как постхолецистэктомический синдром. Иногда может отмечаться доброкачественное функциональное повышение уровня билирубина в крови с возможным переходящим окрашиванием кожи и склер в желтоватый цвет [3, 6, 12].

Кишечник. Психическая гиперестезия обуславливает повышение рефлекторной двигательной активности тонкого и толстого кишечника. Больные при этом испытывают тягостное чувство перистальтики со вздутием живота и урчанием в нем. Нередко боли нарастают через 10–15 мин после еды и сопровождаются чувством давления в аноректальной области, что воспринимается как следствие неполной дефекации и очередной позыв к ней. У 50–70 % пациентов, обращающихся к врачам с жалобами на желудочно-кишечные расстройства, диагностируется синдром раздраженной толстой кишки. Характер болей варьируется от смутной, неясной, глухой, ноющей или колющей боли до острой сверлящей, режущей и даже стреляющей, длительностью от нескольких минут до нескольких часов, а порой и дней. Больные испытывают постоянное чувство дискомфорта, тяжести, давления и распирания в животе, которое может 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 и по всему животу, иррадируя в поясничную область, левую половину грудной клетки и за грудинное пространство. Болезненные ощущения усиливаются после еды, бессонной ночи, под влиянием психотравмирующих обстоятельств, негативных переживаний. Они сохраняются или несколько ослабевают после дефекации, уменьшаются или исчезают в покое, могут полностью исчезнуть при изменении обстановки (в частности, во время отпуска). Абдоминальные боли нередко сопровождаются локальным или диффузным метеоризмом, громким урчанием в животе. У лиц астенической конституции можно наблюдать волны кишечной перистальтики под передней брюшной стенкой. Встречаются спастические запоры с лентообразным или с подобным овечьему 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 проктомиксорей – приступообразное выделение слизи из прямой кишки. Считается, что при ПСР количество слизи в толстом кишечнике является своеобразным барометром эмоционального состояния человека [3, 6, 12, 14–16].

Расстройства мочеиспускания. Одним из урологических симптомов у больных с ПСР является поллакиурия – учащенное (иногда до 10 раз в час) и нередко болезненное мочеиспускание. Резко учащенное мочеиспускание при отсутствии заболеваний мочевого пузыря рассматривается как признак так называемого раздраженного мочевого пузыря. Встречаются нарушения мочеиспускания в виде затрудненного, прерывистого, «толчкообразного» или «вялого», по каплям, мочеиспускания, длительность которого достигает порой 15–20 мин. Некоторые больные не могут помочиться в присутствии других людей. Описан так называемый «заикающийся» мочевой пузырь (внезапное прерывание струи мочи один или несколько раз за одно мочеиспускание) [6, 14].

У больных с ПСР могут также наблюдаться недержание мочи и никтурия. Пациенты жалуются на чувство тяжести в мочевом пузыре, где как бы осталась «капелька мочи». В литературе приведен случай, когда больная перед сном по 60 раз посещала туалет, потому что у нее было чувство, что она не вполне «вымочилась». Другим проявлением нарушений мочевого выведения является полиурия. Психогенная полиурия может сочетаться с полидипсией (увеличением потребления жидкости), что иногда может имитировать клиническую картину сахарного или несахарного диабета. Кроме полиурии может наблюдаться и олигурия вследствие уменьшения объема выпиваемой жидкости. Боязнь смерти от остановки или разрыва сердца вынуждает больных ограничивать себя в питье для уменьшения объема циркулирующей крови и снижения таким образом нагрузки на сердечно-сосудистую систему [6, 14, 15].

У некоторых пациентов отмечается цисталгия – учащенное и болезненное мочеиспускание, которое при отсутствии других клинических признаков урологического заболевания может быть проявлением раздраженного мочевого пузыря. Выраженная цисталгия наблюдается почти исключительно у женщин. По некоторым данным, у 25 % женщин с симптомами цистита не обнаруживаются признаков воспалительного процесса. 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) являются порой основанием для назначения врачами массивной антиинфекционной терапии, в том числе вливания в пузырь прижигающих и дезинфицирующих средств, и проведения новокаиновых блокад. При этих состояниях пациенты испытывают «страшную» боль при катетеризации мочевого пузыря. Этим больным 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 [6, 12].

Многие пациенты отмечают выраженный дискомфорт в области предстательной железы («словно гиля подвешена»). Изменения в предстательной железе трактуются как асептический (безмикробный) псевдопростатит. Пальцевое исследование железы через прямую кишку зачастую вызывает острые болезненные ощущения, которые могут иррадиировать в головку полового члена; в ряде случаев даже легкое прикосновение пальца воспринимается как нестерпимая боль. Кроме указанных расстройств пациенты жалуются на разнообразные тягостные ощущения – от неопределенной боли в поясничной области («не то пульсирует, не то давит что-то») и чувства тяжести в почках или мочевом пузыре до выраженных болевых ощущений. Больные описывают тупую, ноющую и даже «страшную, дикую» боль (режет, колет, стреляет), которая делает их жизнь невыносимой. Особенно часты жалобы на тяжесть и тупую боль в промежности, на «непередаваемые словами» ощущения щекотания, зуда, жжения или покалывания в тазовой области и др. Указанные ощущения нередко ложатся в основу развития ипохондрического синдрома. При этом могут иметь место самопроизвольное недержание мочи, например выделение нескольких ее капель при смехе или физическом перенапряжении у женщин; обильное мочеотделение после сильного «душевного волнения»; выделение небольшого количества песка или необычный цвет мочи, показавшейся больному слишком мутной, темной или, наоборот, светлой; изменение привычных «силы и калибра струи» или пугающее ощущение легкого жжения при мочеиспускании и т. д. Длительная ипохондрическая фиксация внимания больных на затрудненном и болезненном мочеиспускании приводит к тому, что прогрессирующее затруднение мочеиспускания, когда моча выделяется после большого напряжения тонкой струей, а иногда только каплями, нередко с болью в надлобковой области, отдающей вдоль мочеиспускательного канала, достигает порой степени полной невозможности произвольного опорожнения мочевого пузыря, в связи с чем необходима регулярная катетеризация последнего [3, 6, 14].

Сексуальные расстройства. *Сексуальные расстройства у мужчин.* Среди психогенных сексуальных расстройств выделяют снижение либидо, ослабление эрекции, страх перед половым актом, преждевременную эякуляцию, при которой семяизвержение происходит после 2–15 фрикций или даже предшествует началу полового акта. К числу тяжелых расстройств относится пси-

хический асперматизм – отсутствие эякуляции и оргазма при сохраненных либидо и эрекции. Частым является снижение половой потенции вплоть до развития психогенной импотенции, от которой больные иногда не могут избавиться годами. Этому могут способствовать небрежно брошенные врачами или окружающими реплики в адрес половой сферы больного типа «проблемная у вас простата», «так недалеко и импотентом стать», «какой ты мужчина?» [6, 8, 12].

У пациентов может отмечаться извращение полового чувства. Ощущения, ассоциируемые ранее с половым возбуждением, начинают восприниматься как болезненно неприятные. Так, например, закинутое на ногу больного бедро женщины при попытке полового акта воспринимается как «свинцовая тяжесть» или «мельничный жернов», а голова женщины на груди «тяжелым грузом наваливается на сердце и мешает ему биться» [3, 6, 16].

Нередким симптомом является боль во время эрекции. Одна мысль о предстоящей половой близости ведет к снижению или исчезновению эрекции перед самым началом полового акта. Боязнь резкого усиления болезненных ощущений при эрекции и эякуляции постепенно перерастает в стойкий страх половых контактов (коитусофобию) с полным отказом от половой жизни [3, 6, 15].

Другим проявлением психогенных сексуальных расстройств являются поллюции. Иногда они возникают под влиянием сильного эмоционального возбуждения (страха, гнева и др.), значительного умственного напряжения, не связанного с эротическими представлениями. Описан, например, случай обильного извержения семени у студента, испугавшегося промчавшегося рядом поезда. Учащенные (ежедневные или через день, а порой и по несколько раз за ночь даже после полового акта) поллюции нередко сочетаются с заметным ослаблением, а иногда и полным отсутствием эрекции или оргазма и жалобами на разбитость, тяжесть в голове, «апатию к труду», «дурное настроение». Даже нормальные поллюции становятся зачастую объектом ипохондрической фиксации больных, испытывающих панический страх перед «угрозой потери семени» или тяжелыми заболеваниями, вызывающими это явление, что способствует дальнейшему учащению поллюций [3, 6].

Тяжело воспринимается больными сперматорея – периодическое выделение спермы вне связи с эротическими представлениями, предшествующей эрекцией или оргазмом в результате ослабления мышечного тонуса семявыбрасывающих протоков, проходящих через предстательную железу. Аффективные сексуальные расстройства выражаются также в возникновении застойных явлений в предстательной железе. Это сопровождается, в частности, простатореей – выделением нормального, неизмененного секрета простаты по утрам (особенно при дефекации и в конце мочеиспускания). Рядом больных это явление расценивается как признак резкого ослабления или даже полного истощения организма, что вызывает у них в панику. Иногда отмечается уретрорея – выделение из уретры нескольких капель бесцветной, тягучей стекловидной жидкости при повышении секреции уретральных желез. Ипохондрическая фиксация на уретрорею может быть одной из причин развития психогенной импотенции [3, 6, 14].

Пациенты с аффективными сексуальными расстройствами жалуются на тяжесть и «усталость в спине», тупую боль в паховой, надлобковой и пояснично-крестцовой областях, неприятные ощущения в области крестца, бедер и половых органов (ноет, щемит, давит, зудит, жжет, дергает, покалывает, немеет), страдают от тягостного зуда и жжения по ходу мочеиспускательного канала («хочется почесать в уретре»), отмечают тяжесть, давление и стягивание в промежности, ощущение инородного тела в прямой кишке, которое порой мешает сидеть. Такие больные воздерживаются от резких движений, длительных поездок в городском транспорте, предпочитают носить свободную и легкую одежду [3, 6, 16].

Одним из проявлений болевых ощущений является синдром раздраженного яичка. Приступы очень сильной боли, захватывающей иногда и поясничную область, сопровождаются судорожным сокращением *musculus cremaster*, в связи с чем яичко подтягивается, а половой член «съеживается». Сильные боли при этом могут сопровождаться мучительными ощущениями зуда и жжения в мошонке или жгучей болью по ходу мочеиспускательного канала. Иногда для ликвидации нестерпимой боли по требованию больных производили операции по удалению яичка, однако облегчения они не приносили [3, 6, 14–16].

Сексуальные расстройства у женщин. К аффективным сексуальным расстройствам у женщин относится фригидность (отсутствие полового влечения и специфического сладострастного чувства). Безразличие, а то и откровенно негативное отношение к ставшему «обязанностью» половому акту порождает явное раздражение перед его совершением («скорей бы уже, что ли»). Резкая гиперестезия слизистой оболочки влагалища обуславливает локальную боль в начале полового акта и сочетается, как правило, с потерей теплого чувства и влечения к мужу или даже отвращением к нему. Подавляющее большинство больных женщин чуть ли не на коленях умоляют мужей «не трогать их», «криком кричат» при попытках полового сближения, когда их «словно иголками колют», «точно ножом режут», «как раскаленным железом жгут». При одной мысли о возможности интимной близости, при одном виде мужа, при одном упоминании о нем или о мужчинах вообще у них возникает чрезвычайно болезненный спазм мышц влагалища и тазового дна. Выраженная диспареуния (боль при совокуплении) ведет порой к социальной инвалидизации молодых женщин, а крайняя степень диспареунии – вагинизм делает половую жизнь в принципе невозможной. 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, использовали эфирный наркоз. Вагинизм возникает 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 другого мужчины [3, 6].

Фригидность, диспареуния и вагинизм нередко лежат в основе так называемого психосоматического бесплодия – стерильного брака при отсутствии каких-либо необратимых патологических изменений, препятствующих зачатию и нормальному вынашиванию плода. Причинами стерильного брака могут быть психогенный спазм маточных труб или невозможность имплантации уже оплодотворенной яйцеклетки вследствие резко повышенного тонуса матки. Чем острее страх и тревога женщины, больше ее аффективная напряженность, в частности 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 рамках семьи, однако при этом у многих из них сохраняется способность оплодотворения других женщин [3, 6, 16].

Одним из проявлений ПСР у женщин является предменструальный синдром, или синдром предменструального напряжения, характеризующийся весьма полиморфной симптоматикой: снижением настроения, тревогой и внутренним беспокойством, чувством душевной и физической угнетенности, недомоганием и дискомфортом, расстройством сна (в частности, кошмарными сновидениями), повышенной раздражительностью к окружающим и даже появлением суицидальных мыслей. В этот синдром включаются и другие проявления ПСР – сердечно-сосудистые, дыхательные, пищеварительные, мочеполовые [3, 6, 14, 15].

Другим проявлением ПСР у женщин является психогенная дисменорея, встречающаяся, как правило, у эмоционально нестабильных женщин с повышенной тревожностью. К развитию психогенной дисменореи приводят тревожное ожидание очередной менструации (своеобразный «невроз ожидания», возникающий после душевного потрясения при первой менструации у неподготовленных к ней девушек), панический страх беременности, боязнь аборта и др. При психогенной дисменорее больные ощущают тянущую, неопределенного характера, иногда схваткообразную боль в нижних отделах живота и пояснично-крестцовой области, возникающую преимущественно за 1–2, реже за 5–6 дней до начала менструации, которая прекращается на 2-й день, хотя может сохраняться до ее полного окончания. Некоторые женщины отмечают так называемые маточные колики. Этим ощущениям всегда сопутствуют головная боль (чаще в виде мигрени), сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные и другие расстройства [3, 6, 14–16].

Довольно распространенным нарушением является психогенная аменорея, т. е. прекращение месячных на протяжении 6 мес. и более. Психогенная аменорея часто возникает в результате острых стрессовых ситуаций. Известно, что у узниц Освенцима «лагерная аменорея» развива-

лась почти у 100 % женщин и сохранялась у 86 % из них на протяжении 1–5 лет после освобождения. Психогенная аменорея у женщин, одержимых «идеей материнства», иногда ложится в основу синдрома мнимой или ложной беременности. Такие женщины тщательно ищут у себя симптомы беременности и находят их в виде тошноты и рвоты после еды, нагрубания молочных желез с выделением молозива, усиления пигментации вокруг сосков. Повышенная перистальтика кишечника воспринимается ими как ощущение шевеления плода. У них могут возникать «схватки» с невероятным напряжением брюшного пресса. Иногда такие больные поступают в гинекологические отделения стационаров с подозрением на внематочную беременность или угрозу выкидыша, но уже через 2–3 дня их выписывают в связи с отсутствием беременности. Бывает, что гормональный тест дает слабоположительную реакцию на беременность. Приводится даже случай, когда больная при синдроме ложной беременности получила декретный дородовой отпуск [3, 6, 14–16, 18].

Кожные проявления. Наряду с уже упоминавшимися проявлениями кожной гиперестезии, которая порой делает невозможным врачебное обследование и может приводить к ожогам от чуть нагретых предметов или даже при штриховом раздражении кожи спины прядью волос, у пациентов с ПСР часто наблюдается локальный или генерализованный зуд, крапивница. При этом больные постоянно чешутся, что способствует образованию расчесов и корочек, моют кожу дезинфицирующими и антисептическими средствами, считая, что зуд связан с каким-то загрязнением кожи, инфекцией. Особенно мучительным является аногенитальный зуд. Иногда он настолько нестерпим, что может доводить человека до суицидальных попыток. Описан случай, когда больная с крапивницей была твердо убеждена в том, что заразилась от женщины с сыпью на теле, с которой она столкнулась в дверях туалета [3, 6, 12, 14].

Нередкими жалобами являются чувство зябкости, покалывание, щекотание, пощипывание, царапание, «ползание мурашек», жар и сильное жжение при чрезмерном потоотделении, выраженное увеличение потливости при незначительной физической нагрузке, после горячей еды и питья, резкая бледность или покраснение лица, разлитая или пятнистая эритема (покраснение) на теле, «гусиная кожа», локальный гипергидроз (повышенная потливость) в области ладоней, стоп, лба, подмышечных впадин, паховых складок, промежности, под молочными железами, между пальцами ног, способствующий образованию потертостей, опрелостей, различных воспалительных процессов, в том числе грибковых заболеваний. В ряде случаев может наблюдаться и снижение потоотделения. Для многих пациентов характерна извращенность рефлекторных реакций кожи на внешние раздражители в виде расширения сосудов кожи вместо их сужения под влиянием холода или, наоборот, их сужение при действии тепла. У больных может отмечаться аномальная метеочувствительность, проявляющаяся повышенной зябкостью, онемением, жжением, зудом, жгучей болью в области кистей рук и стоп при незначительном и непродолжительном охлаждении осенью и зимой. Такие пациенты испытывают паническую боязнь сквозняков и открытых форточек [3, 6, 12].

У некоторых больных наблюдается кровавый пот – гематидроз (выделение крови через кожу) с возможными подкожными кровоизлияниями, иногда сочетающийся с появлением кровавых слез (отмечается довольно редко, чаще у молодых женщин на пике истерического припадка) [6, 15].

Нередкими являются признаки старения кожи: снижение эластичности, повышение сухости и морщинистости, шелушение, образование трещин, эрозий и даже язв. Иногда отмечаются изменения пигментации кожи: может появиться очаговая депигментация или гиперпигментация. В некоторых случаях развивается диффузное потемнение кожи (человек «чернеет с горя») [3, 6, 16].

У ряда больных на пике аффективных расстройств может появляться своеобразный, иногда весьма неприятный запах, связанный с выделением кожей особых пахучих веществ [3, 6].

Со стороны волос у многих пациентов отмечаются тусклость, безжизненность, ломкость, расщепление на конце с образованием кисточки, обесцвечивание (поседение с возможным последующим восстановлением цвета), выпадение (очаговое, диффузное или тотальное), гипертрихоз. Описано, например, очаговое облысение у ребенка 8 лет после повторяющегося кошмарного сна, в котором недавно умерший дедушка звал его к себе, схватив за волосы. Иногда отмечается трихотилломания – неодолимое влечение к выдергиванию волос, связанное с тягостными телесными ощущениями, прежде всего с зудом кожи [3, 6, 11].

Изменениям могут подвергаться и ногти. Отмечается их тусклость, неравномерность окраски, истончение или утолщение, ломкость, расслоение, шероховатость, бугристость, появление продольной или поперечной исчерченности; они могут легко крошиться. Иногда встречаются онихофагия, онихотилломания (механическое повреждение ногтевых пластинок путем постоянного надавливания на них ногтем другого пальца) [3, 6, 15].

Принципы лечения пациентов с ПСР и возможности аутопсихокоррекции. Главное в лечении пациентов с ПСР – это отвлечь их внимание от объектов ипохондрической фиксации и постараться обеспечить переключение на саногенное (оздоравливающее) мышление, устранение негативных мыслей, нормализацию эмоционального состояния с помощью психотерапии и (или) психофармакологических средств (транквилизаторы, антидепрессанты и др.). Ключевое значение, конечно, принадлежит слову, т. е. психотерапии, включая и новейшие компьютерные психотехнологии, потому что патогенез ПСР носит исключительно психогенный (информационно-психический) характер [3, 6, 19–24]. Врачу не всегда удастся подобрать ключ к психике конкретного больного с целью обеспечения эффективного внешнего психоуправления для купирования ПСР, хотя это целиком зависит от уровня квалификации и профессионализма врача (ключ же можно подобрать к психике любого человека). Что же касается психофармакологических средств, то в настоящее время для лечения пациентов с ПСР они используются достаточно широко и применяются одновременно с технологиями психотерапии [6, 13, 14–16, 25, 26]. Однако не надо забывать, что используемые в лечении пациентов с ПСР психофармакологические средства, как и почти любое лекарство, являются «палкой о двух концах», вызывая порой серьезные негативные побочные эффекты. Конечно, при особенно тяжелых формах ПСР купировать проявления «болезни» без лекарств чрезвычайно сложно или даже невозможно. В то же время необходимо иметь в виду, что в ряде случаев справиться с ПСР под силу и самому больному. Так, например, автор данной статьи смог избавиться от ПСР без лекарств. Несколько лет назад в течение ряда месяцев у него наблюдалась 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 о возможном тяжелом заболевании привели к снижению социально-трудовой активности, интереса к жизни. Диета, прием в течение двух месяцев противоязвенных лекарственных средств заметно не повлияли на выраженность клинических симптомов. Последующее проведение УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуодено- и колоноскопии не выявило патологических изменений, которые могли бы вызвать такую симптоматику. После этого автор перестал обращать внимание на сохраняющиеся симптомы, и через несколько дней они бесследно исчезли. Таким образом, после того как исчезли патогенные мысли ипохондрического содержания, исчезли и все клинические симптомы ПСР, что еще раз убедительно подтверждает чисто психогенный характер патогенеза ПСР и роль «вектора» мыслей в их возникновении. Самое же лучшее лекарство от ПСР – это хорошее настроение. Если человек может создавать себе хорошее настроение – значит он может эффективно противостоять этому весьма распространенному недугу.

Заключение. Таким образом, имея даже самые общие представления о проблеме ПСР, можно самому постараться сделать все, чтобы минимизировать риски их возникновения. Для этого стоит лишь попытаться понять, что и почему с тобой происходит и как нужно действовать, чтобы обеспечить эффективное избавление от ПСР, которые порождают массу проблем.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Список использованных источников

1. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/151502>. – Дата доступа : 05.02.2015.
2. Андреева, М. Ф. Переписка. Воспоминания. Статьи. Документы / М. Ф. Андреева. – М. : Искусство, 1968. – 796 с.
3. Александр, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.

4. Мостовая, Л. И. Современные представления о психосоматических расстройствах / Л. И. Мостовая, Н. Ю. Кувшинова // Изв. Самар. науч. центра Рос. акад. наук. – 2011. – Т. 13, № 2–3. – С. 602–605.
5. Родермель, Т. А. Психологический взгляд на причины происхождения психосоматических заболеваний / Т. А. Родермель, Е. А. Шумилова // Междунар. журн. прикл. и фундамент. исследований. – 2016. – № 8, ч. 2. – С. 180–184.
6. Тополянский, В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. – М. : Медицина, 1986. – 384 с.
7. Bennett, A. E. Role of iatrogenesis in diagnosis, prognosis and treatment in psychiatry / A. E. Bennett // *Dis. Nerv. Syst.* – 1971. – Vol. 32, N 9. – P. 627–631.
8. Сандомирский, М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : практ. рук. / М. Е. Сандомирский. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.
9. Бобров, А. Е. Проблема психосоматических соотношений и некоторые методологические вопросы психопатологии / А. Е. Бобров // *Соц. и клин. психиатрия.* – 2017. – Т. 27, № 1. – С. 98–103.
10. Фусу, Л. И. Социальные и психологические аспекты психосоматических расстройств у больных депрессией с сопутствующей зависимостью от наркотических веществ / Л. И. Фусу // *Дневник Казан. мед. школы.* – 2017. – № 4. – С. 81–87.
11. Макдугалл, Д. Театры тела. Психоаналитический подход к психосоматическим расстройствам / Д. Макдугалл. – М. : Когито-Центр, 2007. – 215 с.
12. Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М. : Ин-т позитив. психотерапии, 2006. – 464 с.
13. Симптомы и маски. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. XV междисциплинарная конф. «Вейновские чтения». Сателлитный симпозиум компании «Материя Медика» // *Эффективная фармакотерапия.* – 2019. – Т. 15, № 14. – С. 80–88.
14. Белялов, Ф. И. Психосоматика / Ф. И. Белялов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 344 с.
15. Кулаков, С. А. Основы психосоматики / С. А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003. – 288 с.
16. Старшенбаум, Г. В. Психосоматика и психотерапия: Исцеление души и тела / Г. В. Старшенбаум. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2005. – 496 с.
17. Oppenheim, H. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende* / H. Oppenheim. – Berlin : S. Karger, 1894. – 870 s.
18. Хохлов, Л. К. Спор «психиков» и «соматиков». Эволюция представлений о психосоматических и соматопсихических соотношениях / Л. К. Хохлов // *Соц. и клин. психиатрия.* – 2019. – Т. 29, № 2. – С. 79–85.
19. Сельченко, К. В. Ключ к будущему : практ. рук. для пользователя арттехнол. психопроектора / К. В. Сельченко. – Минск : Харвест, 2004. – 768 с.
20. Смирнов, И. В. Психотехнологии. Компьютерный психосемантический анализ и психокоррекция на неосознаваемом уровне / И. В. Смирнов, Е. В. Безносюк, А. Н. Журавлев. – М. : Прогресс-Культура, 1995. – 416 с.
21. Латынин, О. А. К вопросу диагностики и терапии психосоматических расстройств / О. А. Латынин // *Центр науч. вестн.* – 2017. – Т. 2, № 3. – С. 30–34.
22. Менделевич, Е. Г. Соматизация тревожных расстройств в практике невролога: алгоритмы и подходы к дифференцированному лечению / Е. Г. Менделевич // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* – 2014. – № 4. – С. 81–86.
23. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. А. Б. Смулевича. – М. : МЕДпресс-информ, 2016. – 776 с.
24. Чикуров, Ю. В. Практическая психосоматика / Ю. В. Чикуров. – М. : Триада-Х, 2019. – 185 с.
25. Starcevic, V. The reappraisal of benzodiazepines in the treatment of anxiety and related disorders / V. Starcevic // *Expert. Rev. Neurother.* – 2014. – Vol. 14, N 11. – P. 1275–1286. <https://doi.org/10.1586/14737175.2014.963057>
26. The best next drug in the course of generalized anxiety disorders: The “PN-GAD-algorithm” / M. Linden [et al.] // *Int. J. Psych. Clin. Pract.* – 2013. – Vol. 17, N 2. – P. 78–89. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.722645>

References

1. *Comprehensive plan of action in mental health for the years 2013–2020.* Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/151502> (accessed 05.02.2015) (in Russian).
2. Andreeva M. F. *Letters. Memoris. Articles. Documents.* Moscow, Iskusstvo Publ., 1968. 796 p. (in Russian).
3. Aleksander F. *Psychosomatic medicine. Principles and practical application.* Moscow, EKSMO-Press Publ., 2002. 352 p. (in Russian).
4. Mostovaya L. I., Kuvshinova N. Y. Present-day views of psychosomatic disorders. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiiskoi akademii nauk* [Proceedings of Samara Research Center of the Russian Academy of Sciences], 2011, vol. 13, no. 2–3, pp. 602–605 (in Russian).
5. Rodermel’ T. A., Shumilova E. A. Psychological view of causes of the origin of psychosomatic diseases. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental’nykh issledovaniy* [International journal of applied and fundamental research], 2016, no. 8, pt. 2, pp. 180–184 (in Russian).
6. Topolyanskii V. D., Strukovskaya M. V. *Psychosomatic Disorders.* Moscow, Meditsina Publ., 1986. 384 p. (in Russian).
7. Bennett A. E. Role of iatrogenesis in diagnosis, prognosis and treatment in psychiatry. *Diseases of Nervous System*, 1971, vol. 32, no. 9, pp. 627–631.

8. Sandomirskii M. E. *Psychosomatics and Bodily Psychotherapy*. Moscow, Nezavisimaya firma “Klass”, 2005. 592 p. (in Russian).
9. Bobrov A. E. Problem of psychosomatic relations and some methodological issues of psychopathology. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and clinical psychiatry], 2017, vol. 27, no. 1, pp. 98–103 (in Russian).
10. Fusu L. I. Social and psychological aspects of psychosomatic disorders in patients with depression with concomitant addiction to drugs. *Dnevnik Kazanskoi meditsinskoi shkoly* [Dairy of Kazan medical school], 2017, no. 4, pp. 81–87 (in Russian).
11. McDougall J. *Théâtres du corps: le psychosoma en psychanalyse*. Paris, Gallimard, 1989. 220 p. (in French).
12. Pezeshkian N. *Psychosomatics and Positive Psychotherapy*. Moscow, Institute of Positive Psychotherapy Publ., 2006. 464 p. (in Russian).
13. Symptoms and masks. Psychosomatic and somatopsychic disorders in children. XV Interdisciplinary Vein conference. Satellite symposium of the Materia Medica Company. *Effektivnaya farmakoterapiya* [Effective pharmacotherapy], 2019, vol. 15, no. 14, pp. 80–88 (in Russian).
14. Belyalov F. I. *Psychosomatics*. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2018. 344 p. (in Russian).
15. Kulakov C. A. *Fundamentals of psychosomatics*. Sankt-Peterburg, Rech' Publ., 2003. 288 p. (in Russian).
16. Starshenbaum G. V. *Psychosomatics and psychotherapy: curing of the soul and the body*. Moscow, Institute of Psychotherapy Publishing House, 2005. 496 p. (in Russian).
17. Oppenheim H. *Guide in nervous diseases for doctors and students*. Berlin, S. Karger Publ., 1894. 870 p.
18. Khokhlov L. K. Debates of “psychics” and “somatics”. Evolution of views of psychosomatic to somatopsychic ratio. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and clinical psychiatry], 2019, vol. 29, no. 2, pp. 79–85 (in Russian).
19. Sel'chenok K. V. *Key to the future. Practical guide for user of artechnological psychoprocessor*. Minsk, Kharvest Publ., 2004. 768 p. (in Russian).
20. Smirnov I. V., Beznosyuk E. V., Zhuravlev A. N. *Psychotechnologies. Computer psychosemantic analysis and psychocorrection at subconscious level*. Moscow, Progress–Kul'tura Publ., 1995. 416 p. (in Russian).
21. Latynin O. A. On the diagnosis and therapy of psychosomatic disorders. *Tsentral'nyi nauchnyi vestnik* [Central scientific bulletin], 2017, vol. 2, no. 3, pp. 30–34 (in Russian).
22. Mendelevich E. G. Somatization of anxiety disorders in the practice of a neurologist: algorithms and approaches to differentiated treatment. *Nevrologiya, neuropsikhatriya, psikhosomatika* [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics], 2014, no. 4, pp. 81–86 (in Russian).
23. Smulevich A. B. (ed.). *Psychosomatic disorders in clinical practice*. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2016. 776 p. (in Russian).
24. Chikurov Yu. V. *Practical psychosomatics*. Moscow, Triada-X Publ., 2019. 185 p. (in Russian).
25. Starcevic V. The reappraisal of benzodiazepines in the treatment of anxiety and related disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2014, vol. 14, no. 11, pp. 1275–1286. <https://doi.org/10.1586/14737175.2014.963057>
26. Linden M., Bandelow B., Boerner R. J., Brassler M., Kasper S., Möller H. J., Pyrkosch L., Volz H. P., Wittchen H. U. The best next drug in the course of generalized anxiety disorders: The “PN-GAD-algorithm”. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2013, vol. 17, no. 2, pp. 78–89. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.722645>

Інфармацыя аб аўторе

Семененя Ігорь Николаевич – д-р мед. навук, прафесар, дырэктар. Інстытут біохіміі біялагічна актыўных злучэнняў НАН Беларусі (бульвар Ленінскага камсомала, 50, 230030, г. Гродно, Рэспубліка Беларусь). E-mail: insemenya@yandex.by

Information about the author

Igor N. Semenyenya – D. Sc. (Med.), Professor, Director. Institute of Biochemistry of Biologically Active Substances of the National Academy of Sciences of Belarus (50, BLK, 230030, Grodno, Republic of Belarus). E-mail: insemenya@yandex.by