

Обзор  
УДК 616.89:616.1/9  
<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2023-14-4-96-107>

## 10 мифов о психосоматике

В.А. Солдаткин, С.В. Солдаткина

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

**Автор, ответственный за переписку:** Виктор Александрович Солдаткин, [sva-rostov@mail.ru](mailto:sva-rostov@mail.ru).

**Аннотация.** Статья посвящена актуальным проблемам психосоматической медицины. Обсуждаются распространённые мифы, согласно которым известно 7 психосоматических заболеваний (ограничительная трактовка), либо, напротив, все заболевания человека являются психосоматическими (расширительная трактовка). Приведены современная классификация психосоматических расстройств, данные о предрасположенности к ним, освещены основные концепции патогенеза. Уделено внимание основным формам соматоформных расстройств, органических неврозов, нозогений, освещена проблема ипохондрии. Уделено внимание необходимости комплексного подхода к терапии психосоматических расстройств, включающего воздействие как на психический, так и на соматический компоненты. Приведены требования к психофармакологическим препаратам, используемым в психосоматической медицине, сделан акцент на принцип «минимальной достаточности», требующий применения в психосоматике малых доз безопасных препаратов, обладающих потенциалом коррекции выявленных психических нарушений. Представлены основные нелекарственные методы, направленные на коррекцию психосоматических расстройств. Авторы убеждены, что в сфере психосоматики шансы на успешную диагностику и терапию дает концепция «встречного движения» — междисциплинарного взаимодействия психиатров и интернистов, сутью которой является насущная необходимость междисциплинарного взаимодействия психиатров и интернистов, увеличивающего шансы на успешное оказание помощи в столь сложной и насыщенной мифами сфере, как психосоматика.

**Ключевые слова:** психосоматика, соматоформные расстройства, нозогении, ипохондрия, коэнестезиопатия.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Для цитирования:** Солдаткин В.А., Солдаткина С.В. 10 мифов о психосоматике. *Медицинский вестник Юга России*. 2023;14(4):96-107. DOI 10.21886/2219-8075-2023-14-4-96-107

## 10 Myths about Psychosomatics

V.A. Soldatkin, S.V. Soldatkina

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

**Corresponding author:** Victor A. Soldatkin, [sva-rostov@mail.ru](mailto:sva-rostov@mail.ru).

**Abstract.** This article is devoted to the actual problems of psychosomatic medicine. Common myths are discussed, according to which only 7 psychosomatic diseases are known (restrictive interpretation), or alternatively, all human diseases are psychosomatic (expansive interpretation). The article presents a modern classification of psychosomatic disorders, information on predisposition to them, and highlights the main concepts of pathogenesis. Attention is devoted to the main forms of somatoform disorders, organic neuroses, nosogenic disorders, and the problem of hypochondria is illuminated. In this article attention is paid to the need for an integrated approach to the treatment of psychosomatic disorders, including the impact on both mental and somatic components. The requirements for the use of psychopharmacological drugs in psychosomatic medicine are given, emphasis is placed on the principle of "minimum sufficiency", which requires the use of minor doses of safe drugs that can cure the psychosomatic symptoms and are capable to treat the diagnosed mental disorders. The main non-drug methods aimed at correcting psychosomatic disorders are presented. The authors are convinced that in the field of psychosomatics the chances for successful diagnosis and therapy are given by the concept of "counter movement" — the interdisciplinary interaction of psychiatrists and internists, the essence of which is the urgent need for interdisciplinary cooperation of psychiatrists and internists, which increases the chances of successful assistance in such a complex and myth-rich field like psychosomatics.

**Keywords:** psychosomatics, somatoform disorders, nosogenic disorders, hypochondria, coenesthesiopathy.

**Financing.** The study did not have sponsorship.

**For citation:** Soldatkin V.A., Soldatkina S.V. 10 Myths about Psychosomatics. *Medical Herald of the South of Russia*. 2023;14(4):96-107. DOI 10.21886/2219-8075-2023-14-4-96-107

### Введение

Психосоматика — на первый взгляд всем (и врачам, и пациентам) понятный, но в то же время окутанный мифами раздел медицины. Обсудим некоторые из них.

### Миф 1. Психосоматические расстройства — это «святая семёрка»

Идея возможности возникновения соматических заболеваний вследствие различных душевных расстройств имеет давнюю историю. Так, Цицерон был убежден, что многие телесные страдания развиваются как результат действия психогенных, эмоциональных факторов [1]. Сам термин «психосоматика» принадлежит немецкому психиатру Иоганну Кристиану Гейнроту (1818), который сформулировал концепцию психогенеза ряда соматических болезней.

Понятие «психосоматическая медицина» сформировалось примерно через сто лет. У его истоков стоят труды венского врача Феликса Дейча, одного из учеников З. Фрейда. Под этим понятием тогда были объединены такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, атопический дерматит, псориаз, ревматоидный артрит (так

называемая «*holy seven*» — «святая семерка»). Первоначальная интерпретация развития этих семи болезней была психоаналитической, считалось, что в их развитии существенную (если не исключительную) роль играют неблагоприятные психические воздействия.

В настоящее время этот взгляд на психосоматику пересмотрен, и спектр психосоматических заболеваний представляется значительно более широким. Так, по Смулевичу А.Б. (2011) [2], выделяют следующие варианты психосоматических расстройств (табл. 1).

**Врожденные аномалии соматопсихической сферы (соматоперцептивная конституция)** — соматоперцептивная психопатия R. Lemke — включают акцентуации соматоперцептивного круга. По Смулевичу А.Б. (2011) [2], эта акцентуация определяется невротизмом, выраженной эмоциональной реактивностью, врожденной лабильностью вегетативной нервной системы, яркой склонностью к самонаблюдению за реакциями тела с фиксацией полученного опыта, склонностью оценивать нормальные висцеральные ощущения как болезненные, склонностью к ипохондрии.

Главным признаком **соматоформных расстройств** является рецидивирующее появление физических симптомов при отсутствии соматического страдания; если оно и

Таблица / Table 1

Спектр психосоматических расстройств по А.Б. Смулевичу, 2011  
*Spectrum of psychosomatic disorders (Smulevich A.B., 2011)*

Первично – психическое расстройство / <i>Primary – mental disorder</i>		Первично – соматическое расстройство / <i>Primary – somatic disorder</i>
Конституционального и невротического регистров / <i>Constitutional and neurotic registers</i>	Психотического регистра / <i>Psychotic register</i>	
1. Врожденные аномалии соматопсихической сферы (соматоперцептивная конституция) / <i>Congenital anomalies of the somatopsychic sphere (somatoperceptual constitution)</i>	1. Соматопсихоз / <i>Somatopsychosis</i>	1. Нозогении (реакции и развития личности как следствие соматического страдания) / <i>Nosogenies (reactions and personality development as a consequence of somatic suffering)</i>
2. Соматоформные расстройства (невротические расстройства, реализующиеся в соматической сфере) / <i>Somatoform disorders (neurotic disorders realized in the somatic sphere)</i>	2. Ипохондрический бред / <i>Hypochondriacal delusion</i>	2. Соматогении (вызванные соматическим страданием астенические расстройства, соматогенные депрессии, симптоматические психозы) / <i>Somatogeny (asthenic disorders caused by somatic suffering, somatogenic depression, symptomatic psychoses)</i>
3. Органные неврозы (сочетанные соматически-психопатологические расстройства, развивающиеся на соматически измененной почве) / <i>Organ neuroses (combined somatic-psychopathological disorders developing on somatically altered soil)</i>	3. Артифициальные (искусственные) расстройства / <i>Artificial disorders</i>	3. Эндоформные расстройства (психопатологические реакции эндогенного типа — аффективного или шизофренического, спровоцированные развитием телесного заболевания) / <i>Endoform disorders (psychopathological reactions of an endogenous type – affective or schizophrenic, provoked by the development of a physical disease)</i>
4. Психогенно провоцированные психосоматические заболевания («святая семёрка») / <i>Psychogenically provoked psychosomatic diseases ("holy seven")</i>		4. Соматогенная провокация развития эндогенного заболевания / <i>Somatogenic provocation of the development of an endogenous disease</i>

присутствует, то не объясняют выраженность симптоматики и обеспокоенность больного.

Термин «**органный невроз**», конечно, условный. Нет мысли, что «невротизируется» отдельный орган, речь идет о нарушении регуляции. При этом значимо, что акцент в клинике именно на этот орган обусловлен соматически неблагоприятной почвой, наличием *locus minoris*. По результатам обследования пациентов многопрофильного стационара и городской поликлиники [3], самой частой локализацией органоневротических расстройств является сердечно-сосудистая система (4,7%), реже дыхательная (2,1%), пищеварительная (2,8%) и ещё реже — мочеполая (1,1%).

**Соматопсихоз** — острый приступ психического заболевания, проявляющийся выраженной тревогой о здоровье с восприятием телесных ощущений как угрожающего жизни соматического заболевания. Отмечаются охваченность, полная поглощённость патологическими ощущениями, ажитация, выраженный страх смерти, убежденность в наличии тяжёлого неизлечимого соматического страдания [2].

**Ипохондрический бред** — непоколебимая (с принципиальной непреложностью) убежденность в наличии соматического страдания, с постоянным требованием выполнения новых диагностических и лечебных процедур, попытками самолечения (зачастую гротескными) и часто — аутодеструктивным поведением.

**Артифициальные** (искусственные) расстройства — аутоагрессивное несущидальное поведение в форме самоповреждений. Это поведение обусловлено различными психическими нарушениями (психогенные и эндогенные расстройства, органические заболевания ЦНС, химическая зависимость, олигофрения, расстройства личности). При этом пациенты, скрывая известную им причину симптомов, сами обращаются за помощью к интернистам.

По Смулевичу А.Б. (2011) [2] все артефакты подразделяются на следующие основные субклассы в зависимости от топики имитируемого расстройства:

1. Кожные заболевания (включая язвенно-буллезную форму простого контактного дерматита) — повреждение вследствие механических, химических (аппликация концентрированных кислот), термических воздействий.
2. Внутренние болезни:
  - 2.1 лихорадка неясного генеза (манипуляции с термометром, инъекции инфекционного материала);
  - 2.2 гематологические и гемостазиологические симптомы (инъекции гепарина, индуцирование петехий путём сдавливания конечностей, кровопусканий);
  - 2.3 нарушения обмена веществ (вследствие самостоятельного введения инсулина и других медикаментов);
  - 2.4 кардиологические симптомы (самостоятельное употребление кардиотропных средств и др.);
  - 2.5 пульмонологические симптомы (введение крови в дыхательные пути и др.);
  - 2.6 отдельные соматические симптомы:
    - диарея (слабительные);
    - дисбаланс электролитов (диуретики);
    - анемия (кровопускание себе);

3. Гинекологические болезни (самовызванные абсцессы, мастит и др.).
4. Хирургические болезни (нарушения заживления ран вследствие манипуляции со швами, увечья и др.).
5. Урологические заболевания (самобуживание и повреждение мочевых путей с помощью инструментов, введение крови или фекалий и др.).
6. Офтальмологические заболевания (механические манипуляции на роговице, самовызванные конъюнктивиты).
7. Неврологические заболевания — анизокория вследствие введения антихолинэргических глазных капель.

**Нозогении** — психопатологические реакции и развития личности как следствие соматического страдания. Формируются при участии двух основных составляющих: психогенной (стресс диагноза и лечения) и биологической (патогенез самого соматического страдания). Нозогении чаще протекают в виде тревожно-фобических, диссоциативных и ипохондрических реакций.

**Соматогении** — вызванные соматическим страданием астенические расстройства, соматогенные депрессии, симптоматические психозы.

**Эндоформные расстройства** (психопатологические реакции эндогенного типа — аффективного или шизофренического, — спровоцированные развитием телесного заболевания), как и **соматогенная провокация развития эндогенного заболевания** имеют место при наличии предрасположения к эндогенным психическим расстройствам; соматическое заболевание выступает триггером, обеспечивающим пенетрантность соответствующих генов.

Описание психосоматического спектра может привести к мысли о том, что вообще все заболевания человека являются психосоматическими. Но, как любая категоричная мысль, она тоже является мифом.

## Миф 2. Психосоматика — это вообще все заболевания человека

**Психосоматическая медицина** — дисциплина, образовавшаяся на стыке психиатрии, психологии и соматической медицины, охватывает целую гамму сочетаний психической и соматической патологии [4]. При этом континуум психосоматических соотношений, включающий возможные варианты такого взаимодействия, характеризуется различной вовлечённостью психической и соматической сфер в патологический процесс у каждого пациента [5]. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. (2006) [5] выделили следующие варианты психосоматических соотношений:

1. соматические расстройства развиваются на фоне психогенных психических расстройств;
2. психические расстройства развиваются на почве соматических заболеваний;
3. соматические и психические расстройства формируются как результат единого патологического процесса;
4. психические расстройства проявляются функциональными соматическими изменениями;
5. тяжёлые соматические осложнения формируются в процессе развития психических расстройств;

6. психологические и психические изменения формируются как реакция личности на соматическое заболевание.

*Только научно доказанные причинно-следственные связи между психическими нарушениями и соматическим страданием позволяют уверенно говорить о психосоматическом расстройстве.*

По имеющимся на сегодняшний день статистическим данным, психосоматические расстройства выявляются у 25–30% пациентов общесоматической сети [6]. Среди населения в целом распространённость психосоматических расстройств составляет от 15 до 60% [4].

### **Миф 3. Психосоматическое заболевание может развиваться у любого человека**

Да, неуязвимых людей не существует. И всё же для возникновения психосоматических страданий нужна предрасположенность.

*Предрасположенность к психосоматическим расстройствам (по Шамрею В.К., Сторожакову Г.И., 2014)*

#### **Биологические факторы**

*Генетические факторы*, определяя соматическую и психическую конституцию, относятся к значимым факторам предрасположения к психосоматическим расстройствам. Так, астенический тип конституции является предрасполагающим фактором к развитию вегетосудистых дисфункций, пикнический тип — к формированию дискинезии желчевыводящих путей, сахарного диабета 2-го типа.

*Повреждение структур ЦНС* в результате инфекционных заболеваний, отравлений, травм, опухолей приводит к ослаблению кортиковисцеральной регуляции.

*Половые особенности*, в частности отражающиеся в характеристиках гормональной регуляции, приводят к значимым отличиям спектров психосоматических расстройств у мужчин и женщин.

*Возраст*, особенно в периоды критических перестроек организма (пубертат, климакс), является одним из факторов предрасположенности к развитию психосоматических расстройств.

*Повреждение тканей внутренних органов* ранее перенесёнными заболеваниями делает их более уязвимыми к развитию заболеваний при нарушениях нервной регуляции.

#### **Психологические факторы**

Из наиболее доказанных значимых факторов следует отметить следующие:

А) В раннем детском возрасте:

- нарушения психологического симбиоза мать-ребенок (приводит к нарушению телесно-психической реактивности);
- задержки психологического развития (фиксация на телесной сфере);
- алекситимия (неспособность к выражению эмоций и обозначению телесных ощущений, как правило, сочетается с искажением восприятия тела и преобладанием телесных форм реагирования на стресс).

Б) У взрослых:

- интра- и интерперсональные конфликты;
- рентные установки;
- бессознательное самонаказание (саморазрушение);

- конверсия (использование «символического языка органов»);
- особенности личности пациента, в частности, преобладание психастенического, ипохондрического, истерического радикалов; ригидности личности.

#### **Социальные факторы**

В этом разделе можно было бы поступить традиционно, сообщив, что бедность, одиночество, война и разруха увеличивают вероятность психосоматических страданий. Но это было бы поверхностно и не доказательно (вспомним работы Ницше и Виктора Франкла: «Если есть зачем жить, можно вынести любое как»). Более важно отношение человека к окружающей действительности. Именно поэтому для характеристики взаимосвязи между психическим здоровьем и социальной сферой жизни человека Дмитриева Т.Б. и Положий Б.С. (1994) [7] предложили использовать такую характеристику, как «качество жизни» — понятие, отражающее «степень соответствия между имеющимися потребностями, ценностными ориентациями и уровнем их удовлетворения во всех основных сферах жизни». Установлено, что к существенным социальным факторам, влияющим на вероятность развития психосоматических расстройств, относятся следующие:

- социальный и профессиональный статус;
- сформированность социально-значимых способностей;
- удовлетворённость взаимоотношениями с близкими, своим социальным статусом, экономическим положением, здоровьем и работоспособностью;
- образовательный уровень;
- характеристики досуга;
- общее отношение к жизни [7].

### **Миф 4. «Голова — предмет тёмный и исследованию не подлежит»**

Фразу из фильма «Формула любви» можно считать устаревшей. Патогенез психосоматических расстройств достаточно понятен. Да и база для современного понимания очень достойная. Её составляют теория нервизма И.М. Сеченова, психофизиологическое учение И.П. Павлова, кортико-висцеральная концепция К.М. Быкова и И.Т. Курцина, теория регулирующего влияния симпатической нервной системы на периферические органы и ЦНС Л.А. Орбели, теория стресса Г. Селье.

Шамрей В.К., Сторожакова Г.И. (2014) [4] полагают, что патогенез психосоматических расстройств укладывается в один из трёх вариантов.

А) *Психогенный вариант.*

В результате стрессовой реакции (при декомпенсации механизмов антистрессовой защиты) начинается процесс соматизации, сутью которого является неравномерное распределение кортиковисцеральной нагрузки на различные органы и системы. При этом развиваются сначала функциональные, а позже — и органические нарушения внутренних органов. Процесс соматизации зависит от силы, длительности и индивидуальной значимости стрессорного воздействия.

Б) *Дизонтогенетический вариант.*

Дизонтогенез, нарушая интеграцию систем организма, заметно увеличивает вероятность развития

психосоматических расстройств. При этом варианте они возникают рано (в возрасте 5–7 лет), часто сочетаясь с инфекционно-аллергическими заболеваниями.

В) *Энцефалопатический вариант.*

При этом варианте, кроме непосредственного поражения патологическим процессом диэнцефальных структур, что приводит к нарушениям регуляции (функциональной и трофической), существенное значение имеют психопатология, присущая энцефалопатии эмоциональная лабильность, слабодушие, дисфоричность, тревожность.

Следует отметить, что редко можно чётко выделить один из описанных выше вариантов патогенеза, чаще имеет место сочетание нескольких патологических процессов или их трансформация [4].

**Миф 5. Душевными расстройствами занимаются психиатры**

Наглядным опровержением этого мифа является самая распространённая группа психосоматических заболеваний — соматоформные расстройства. Повторим: их главная характеристика — доминирование в клинической картине соматических симптомов при отсутствии телесного страдания. Психическое расстройство «маскируется» соматическими симптомами, что приводит к тому, что пациенты долго и трудно добиваются результата в терапии у интерниста (избегая обращения к психиатру).

Выделяют [4] следующие соматоформные расстройства (таб. 2):

Таблица / Table 2

**Соматоформные расстройства**  
*Somatoform disorders*

№	Система организма / <i>Body system</i>	Клинические варианты соматоформных расстройств / <i>Clinical variants of somatoform disorders</i>
1	Сердечно-сосудистая / <i>Cardiovascular</i>	1. Нейроциркуляторная астенция (гипертонический, гипотонический, кардиальный типы) / <i>Neurocirculatory asthenia (hypertensive, hypotonic, cardiac types)</i> 2. Кардиофобия / <i>Cardiophobia</i> 3. Ишемическая болезнь сердца при неизмененных сосудах (стенокардия Принцметала) / <i>Coronary heart disease with unchanged vessels (Prinzmetal's angina)</i>
2	Дыхательная / <i>Respiratory</i>	1. Гипервентиляционный синдром / <i>Hyperventilation syndrome</i> 2. Психогенный ларингоспазм / <i>Psychogenic laryngospasm</i> 3. Гиперестезия гортани (сухой надсадный невротический кашель) / <i>Hyperesthesia of the larynx (dry hacking neurotic cough)</i> 4. Стрессогенный бронхоспазм (психогенная астма) / <i>Stressogenic bronchospasm (psychogenic asthma)</i>
3	Пищеварительная / <i>Digestive</i>	1. Снижение вкусовых ощущений / <i>Decreased sense of taste</i> 2. Психогенный фарингоспазм, «ком в горле» (globus hystericus) / <i>Psychogenic pharyngospasm, "lump in the throat" (globus hystericus)</i> 3. Психогенная дисфагия / <i>Psychogenic dysphagia</i> 4. Психогенная тошнота и рвота / <i>Psychogenic nausea and vomiting</i> 5. Дискинезия пищевода (включающая спазм пищевода и атонию пищевода) / <i>Esophageal dyskinesia (including esophageal spasm and esophageal atony)</i> 6. Дискинезия кардии (гастроэзофагальный рефлюкс или слабость кардии и ахалазия — кардиоспазм) / <i>Dyskinesia of the cardia (gastroesophageal reflux or weakness of the cardia and achalasia — cardiospasm)</i> 7. Функциональное расстройство желудка (синдром раздражённого желудка, атония желудка) / <i>Functional stomach disorder (irritable stomach syndrome, gastric atony). Irritable duodenal syndrome</i> 8. Синдром раздражённой двенадцатиперстной кишки / <i>Irritable duodenal syndrome</i> 9. Дискинезия желчевыводящих путей / <i>Biliary dyskinesia</i> 10. Функциональный диспанкреатизм / <i>Functional dyspancreatizm</i> 11. Психогенные функциональные дискинезии тонкого кишечника / <i>Psychogenic functional dyskinesias of the small intestine</i> 12. Синдром раздражённой толстой кишки (включая функциональные запоры и поносы) / <i>Irritable bowel syndrome (including functional constipation and diarrhea)</i> 13. Абдоминальные алгии / <i>Abdominal algia</i>
4	Мочевыводящая / <i>Urinary</i>	1. Психогенная дизурия (синдром раздражённого мочевого пузыря) / <i>Psychogenic dysuria (irritable bladder syndrome)</i> 2. Истерический парез мочевого пузыря / <i>Hysterical paresis of the bladder</i> 3. Цисталгия / <i>Cystalgia</i>

Таблица / Table 2 (окончание)

№	Система организма / Body system	Клинические варианты соматоформных расстройств / Clinical variants of somatoform disorders
5	Половая / Sexual	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сексуальная гиперестезия / <i>Sexual hyperesthesia</i></li> <li>2. Сексуальная гипоестезия (фригидность) / <i>Sexual hypoaesthesia (frigidity)</i> Мужская половая система / <i>Male reproductive system</i>: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Преждевременная эякуляция / <i>Premature ejaculation</i></li> <li>2. Стресс-обусловленные поллюции / <i>Stress-related wet dreams</i></li> <li>3. Функциональное расстройство предстательной железы (включающее гиперестезию, дизестезию простаты, сперматорею — двигательный невроз простаты, простаторею — секреторный невроз предстательной железы) / <i>Functional disorder of the prostate gland (including hyperesthesia, prostate dysesthesia, spermatorrhea — motor neurosis of the prostate, prostatorrhea — secretory neurosis of the prostate gland)</i></li> <li>4. Уретрорея (гиперсекреция уретральных желез) / <i>Urethrorrhea (hypersecretion of the urethral glands)</i></li> <li>5. Расстройства эрекции / <i>Erection disorders</i></li> </ol> Женская половая система / <i>Female reproductive system</i>: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Психогенные гениталгии (диспареуния) и парестезии / <i>Psychogenic genitalgia (dyspareunia) and paresthesia</i></li> <li>2. Вагинизм / <i>Vaginismus</i></li> <li>3. Относительное (психосоматическое) бесплодие (включающее функциональные расстройства овуляции, вторичное бесплодие) / <i>Relative (psychosomatic) infertility (including functional ovulation disorders, secondary infertility)</i></li> <li>4. Предменструальный синдром / <i>Premenstrual syndrome</i></li> <li>5. Психогенная дисменорея, аменорея / <i>Psychogenic dysmenorrhea, amenorrhea</i></li> <li>6. Синдром мнимой беременности / <i>Imaginary pregnancy syndrome</i></li> </ol> </li> </ol>
6	Кожа / Dermis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Утрата тургора, влажности и эластичности (мнимое старение) кожи / <i>Loss of turgor, moisture and elasticity (imaginary aging) of the skin</i></li> <li>2. Функциональная гиперхромия кожи / <i>Functional hyperchromia of the skin</i></li> <li>3. Гипергидроз / <i>Hyperhidrosis</i></li> <li>4. Кожная гиперестезия (гипоестезия) / <i>Skin hyperesthesia (hypoaesthesia)</i></li> <li>5. Тимогенный зуд / <i>Thymogenic itching</i></li> <li>6. Стойкий красный, иногда спонтанный дермографизм / <i>Persistent red, sometimes spontaneous dermatographism</i></li> <li>7. Психогенные эритематозные пятна / <i>Psychogenic erythematous spots</i></li> <li>8. Псевдоаллергические реакции / <i>Pseudoallergic reactions</i></li> <li>9. Геморрагическая крапивница, гематидроз (кровавый пот) / <i>Hemorrhagic urticaria, hematidrosis (bloody sweat)</i></li> </ol>
7	Костно-мышечная / Musculoskeletal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Костно-мышечные алгии (артралгия, миалгия) / <i>Musculoskeletal algia (arthralgia, myalgia)</i></li> <li>2. Интермиттирующий гидрартроз / <i>Intermittent hydrarthrosis</i></li> </ol>
8	Псевдоневрологические расстройства / Pseudoneurological disorders	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Психическая гиперестезия / <i>Mental hyperesthesia</i></li> <li>2. Психогенная головная боль / <i>Psychogenic headache</i></li> <li>3. Тимопатическое головокружение / <i>Thymopathic dizziness</i></li> <li>4. Психогенные невралгии / <i>Psychogenic neuralgia</i></li> <li>5. Псевдокорешковый синдром / <i>Pseudoradicular syndrome</i></li> <li>6. Синдром «беспокойных ног» (ночная парестезия нижних конечностей, исчезающая при движении) / <i>Restless legs syndrome (night paresthesia of the lower extremities, disappearing with movement)</i></li> <li>7. Психогенные дискинезии (функциональные судороги — писчий спазм) / <i>Psychogenic dyskinesias (functional cramps — writer's cramp)</i></li> <li>8. Гипоталамический синдром (булимия, невоспалительная гипертермия, колебания АД и т.д.) / <i>Hypothalamic syndrome (bulimia, non-inflammatory hyperthermia, blood pressure fluctuations, etc.)</i></li> </ol>
9	Генерализованные вегетативно-эндокринные расстройства / Generalized autonomic-endocrine disorders	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Симпатоадреналовый криз / <i>Sympathoadrenal crisis</i></li> <li>2. Вагоинсулярный криз / <i>Vagoinsular crisis</i></li> <li>3. Смешанный криз / <i>Mixed crisis</i></li> </ol>



#### Миф 6. Невроз — это не про органы человеческого тела

Органные неврозы представляют собой вариант сочетанных психосоматических расстройств, при которых психические расстройства проявляются *стойкой дисфункцией того или иного органа на фоне субклинической патологии/морфологических аномалий*. Отдельные нарушения функций органов (отрыжка, запоры, чувство перебоев в работе сердца) могут отмечаться при широком спектре пограничных психических расстройств (тревожных, депрессивных). Об органном неврозе идет речь только при длительном сохранении симптоматики в области одной системы органов.

Считается, что органно-невротическая симптоматика может иметь место в любом органе человеческого организма, однако наиболее часто они локализуются в четырех системах органов: дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной. В соответствии с этим осуществляется деление органных неврозов в МКБ-10 (см. табл. 3). Согласно этому, ниже изложена информация об органных неврозах, которые наиболее часто встречаются в клинической практике [8].

Симптоматика *кардионевроза* представлена тремя рядами симптомов:

1. неприятными ощущениями в области сердца (прокалывающие боли, чувство давления, тяжести);
2. функциональные нарушения гемодинамики (тахикардия, экстрасистолы, лабильность артериального давления);

3. тревога с преобладанием страха смерти от сердечно-сосудистой катастрофы (кардиофобии).

Кардионевроз клинически неоднороден, что позволяет выделить как минимум два типа: с тревожно-фобический и с доминированием патологических телесных ощущений (коэнестезиопатий).

При тревожно-фобическом типе кардионевроза на первый план выступают симптомы кардиофобии, дополняющиеся на высоте тревоги функциональными нарушениями гемодинамики и сердечной проводимости (синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы, транзиторное повышение артериального давления). Течение данного типа пароксизмальное, с усилением симптоматики по типу пароксизмов тревоги, которые обуславливают обращение пациентов за экстренной медицинской помощью.

При коэнестезиопатическом типе кардионевроза тревожная симптоматика и функциональные нарушения гемодинамики выражена в меньшей степени, типичным является доминирование различных ощущений в области сердца (чувство давления, прокалывания, сжимания). Приступообразное усиление патологических ощущений менее характерно, у ряда больных такие симптомы могут монотонно сохраняться в течение длительного времени.

Клинические проявления *функциональной диспепсии* проявляются двумя рядами симптомов: патологическими ощущениями и нарушениями моторики пищевода. Наиболее типичными телесными ощущениями при этом типе органного невроза являются чувство кома в горле,

Таблица / Table 3

Систематика органных неврозов в МКБ-10, по Воле Б.А., 2021  
*Systematics of organ neuroses in ICD-10 (Volel B.A., 2021)*

Шифр МКБ-10 / ICD-10 code	Клинический вариант органного невроза / Clinical variant of organ neurosis
F 45.30 – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (ВНС) сердца и сердечно-сосудистой системы / <i>F 45.30 – somatoform dysfunction of the autonomic nervous system of the heart and cardiovascular system</i>	Кардионевроз / <i>Cardioneurosis</i> : - тревожно-фобический / <i>anxious-phobic</i> ; - коэнестезиопатический / <i>conanesthesiopathic</i>
F 45.31 – соматоформная дисфункция ВНС верхней части желудочно-кишечного тракта / <i>F 45.31 – somatoform dysfunction of the autonomic nervous system of the upper gastrointestinal tract</i>	Функциональная диспепсия / <i>Functional dyspepsia</i>
F 45.32 – соматоформная дисфункция ВНС нижней части желудочно-кишечного тракта / <i>F 45.32 – somatoform dysfunction of the autonomic nervous system of the lower gastrointestinal tract</i>	Синдром раздраженной кишки / <i>Irritable bowel syndrome</i> : - с преобладанием запоров / <i>with a predominance of constipation</i> ; - с преобладанием диареи / <i>with predominance of diarrhea</i>
F 45.33 – соматоформная дисфункция ВНС органов дыхания / <i>F 45.33 – somatoform dysfunction of the autonomic nervous system of the respiratory organs</i>	Гипервентиляционный синдром / <i>Hyperventilation syndrome</i> Психогенный спазм голосовых связок / <i>Psychogenic spasm of the vocal cords</i> Психогенный кашель / <i>Psychogenic cough</i>
F 45.34 – соматоформная дисфункция ВНС мочеполовых органов / <i>F 45.34 – somatoform dysfunction of the autonomic nervous system of the genitourinary organs</i>	Психогенная поллакиурия / <i>Psychogenic pollakiuria</i> Парурез / <i>Paruresis</i>

болезненного спазма и ощущения инородного тела за грудиной, тяжести в проекции желудка. Нарушения моторики представлены периодическими эпизодами аэрофагии и отрыжки только что съеденной пищей на фоне стресса, психотравмирующих событий. Считается, что важнейшим дифференциально-диагностическим признаком является нарушение глотания, распространяющиеся в первую очередь на твёрдую пищу, а не на жидкую, что противоположно дисфагии при органическом поражении пищевода. Описанные симптомы мало связаны с погрешностями в диете и обнаруживают более отчетливую ассоциацию с различными психотравмирующими событиями.

В рамках *синдрома раздражённой кишки* в соответствии с возможным модусом нарушения функции нижней части пищеварительного тракта выделяется два типа — с преобладанием запоров и диареи.

*СРК с преобладанием запоров* определяется протекающими на протяжении многих месяцев/лет нарушениями транзита кишечного содержимого. Помимо собственно нарушенной моторики также отмечается широкий спектр сопутствующих симптомов: чувство неприятного привкуса во рту, стойкое нарушение аппетита, болезненность в проекции толстой кишки, чувство тяжести в животе после приёма пищи, редкие эпизоды диареи.

У большинства пациентов с таким СРК отмечается тяжёлая неглубокая депрессивная симптоматика апатического и адинамического круга.

*Симптоматика СРК с преобладанием диареи* определяется спонтанными спастическими, режущими болями в области живота, сопровождающимися резкими и интенсивными позывами на дефекацию, чувством распирания, «бурления» в кишечнике. Отмечается многократный жидкий стул.

Этот тип СРК ассоциирован с тревожно-фобическими расстройствами в форме панических атак. Их содержание отражает страх упустить кал при формировании диареи в общественном месте или транспорте и тем самым опозориться (т. н. скоптофобия, страх осрамиться на публике). Примерно у трети больных отмечается формирование агорафобии, при которой план передвижения вне дома строится пациентом с учетом наличия туалетов, укромных мест, в которых можно осуществить физиологические отправления.

Оба типа СРК относятся к числу наименее благоприятных видов органических неврозов, обнаруживающих тенденцию к хроническому течению, значимому негативному влиянию на качество жизни.

Наиболее типичным вариантом органического невроза, реализующегося в области органов дыхания, является *гипервентиляционный синдром (ГВС)*.

Клиническая картина (ГВС) определяется так называемой «поведенческой одышкой» — чувство неполноты вдоха, недостаточности дыхательной функции. Нарушения дыхания при ГВС многообразны и могут быть представлены как учащенным дыханием, так и увеличением экскурсий грудной клетки с излишне глубокими вдохами, зевотой.

Показано, что ГВС формируется у пациентов с конституционально обусловленной высокой чувствительностью дыхательной системы. Речь идет о людях с выраженной

чувствительностью к запахам, духоте, перепадам температуры и влажности воздуха с плохим самочувствием как в жаре, так и при низкой температуре.

Симптоматика ГВС у таких пациентов формируется по типу временного (от дней до 1–2 месяцев) обострения, сопряжённого с тревожной и развивающегося при психогенной или соматогенной (ОРВИ, оперативное вмешательство в области носа или горла) провокации. Течение ГВС обычно благоприятное без нарастания тяжести симптомов.

*Дисфункция голосовых связок* характеризуется парадоксальными движениями голосовых мышц, что приводит к формированию кратковременных эпизодов острого нарушения дыхания. Характерно чувство стеснения горла, наличия там перегородки, страх смерти от остановки дыхания. Для приступов характерно внезапное начало, небольшая длительность и самопроизвольное разрешение.

*Психогенный (поведенческий) кашель* характеризуется повторными мучительными приступами сухого кашля, не приносящего облегчения. Обычно кашель описывается как громкий, иногда лающий или трубный. На его фоне зачастую выявляются также неприятные ощущения в области горла — сухость, щекотание, першение, чувство инородного тела (волос, крошки).

Органный невроз, локализованный в области мочеполовой системы, аналогично СРК делится на два типа: с усиленной моторикой мочевого пузыря и страхом его непроизвольного опорожнения (психогенная поллакиурия) и трудностями опорожнения мочевого пузыря (парурез). Аналогично СРК могут наблюдаться и смешанные варианты этих расстройств.

*Психогенная поллакиурия* определяется приступами страха непроизвольного мочеиспускания в ситуации, исключающей прямой доступ к туалету (вагон метро, лифт, лекция). На этом фоне формируются различные патологические ощущения в области мочевого пузыря, преимущественно по типу переполнений, жжения. У многих пациентов отмечаются многократные походы в туалет перед поездками, важными мероприятиями, достигающие в некоторых ситуациях степени навязчивых повторных действий.

*Парурез* характеризуется неспособностью произвольно совершить акт мочеиспускания в присутствии окружающих либо в некомфортном или грязном месте. Считается, что это форма невроза мочевого пузыря более характерна для лиц мужского пола. Парурез обнаруживает тесную связь с расстройствами социофобического круга, которые отмечаются в 2/3 пациентов этой категории. Степень тяжести паруреза колеблется от субсиндромальных проявлений, которые выявляются только при детальном расспросе пациента до выраженной дезадаптирующей степени, когда вся жизнь оказывается подчинена поиску доступных мест отправления физиологических потребностей, а выполнение работы вне дома, очное получение образования оказываются затруднительными.

*Диагностика органических неврозов (Волель Б.А., 2021 [8]).*

Диагностика органических неврозов осуществляется по двум направлениям — 1) исключение развернутой соматической патологии и 2) отграничение органических



неврозов от психических расстройств, способных имитировать органно-невротическую симптоматику.

При проведении дифференциального диагноза органических неврозов и соматической патологии следует помнить об их возможном сосуществовании. В частности, описаны пациенты с двумя типами приступов удушья (гипервентиляционными и типичными астматическими) или болей в сердце (стенокардитическими и кардионевротическими).

Ведущую роль наряду с детальной клинической оценкой в данном случае играет квалифицированная интерпретация результатов лабораторных и инструментальных обследований.

В ряду психических расстройств, имитирующих картину органического невроза, имеет смысл упомянуть конверсионную истерию. Отдельные органно-невротические симптомы выявляются у большинства пациентов с конверсионной истерией, однако в отличие от истинных органических неврозов они имеют «летучий» характер: характерна смена вовлечённого органа как под действием психотравмирующих обстоятельств, так и спонтанно. В свою очередь при истинных органических неврозах смена вовлечённого органа малохарактерна, на протяжении многих лет отмечаются симптомы, касающиеся одной системы органов.

Итак, немалый пласт работы врача-интерниста — соматоформные расстройства, при которых соматического заболевания нет, и органические неврозы, при которых имеет место лишь *locus minoris* органа или системы организма. Но не легче и тогда, когда реальное соматическое заболевание есть (пациент поступил «по адресу»), но включаются психологические механизмы реагирования на случившееся нарушение здоровья.

#### **Миф 7. Диагноз и современные условия лечения диагностированной болезни всегда на пользу страдающему**

Богатство психики человека приводит к широкому разнообразию её возможных ответов на испытание, которое представляет собой как сама болезнь, так и факторы, связанные с лечением (информация о диагнозе, методы его уточнения, пребывание в больнице, прохождение лечебных процедур).

Выделяют несколько вариантов реакций личности на соматическое заболевание. Каждая из таких реакций может ограничиваться уровнем лёгких предболезненных нарушений или достигать более глубоких регистров психических расстройств [9, 10]:

1. *Фобическая реакция*, когда преобладает опасливое отношение как к заболеванию, так и к методам диагностики и терапии.
2. *Сенситивная реакция* — выраженное чувство смущения и стыда по поводу болезни.
3. *Меланхолическая реакция* — снижение настроения, зачастую с выраженным пессимизмом и отказом от лечения.
4. *Ипохондрическая реакция* — полная фокусировка на заболевании, его изучение, «медицинская одиссея» со сменой специалистов и их тщательной проверкой.
5. *Неврастеническая реакция* — слабость, раздражительность, слезливость.

6. *Истерическая реакция* — полностью соответствует «правилу трех Э истерии»: эгоизм, эгоцентризм, эксцентризм.
7. *Дисфорическая реакция* — взрывы гнева со снижением контроля за эмоциональным реагированием.
8. *Эйфорическая реакция* — настроение повышено, что не соответствует объективной ситуации; болезнь отрицается или явно недооценивается.
9. *Паранойяльная реакция* — поиск врагов, которыми часто оказываются медицинские работники (упреки в халатности, некомпетентности).
10. *Суицидальная реакция* — антивитальные установки пациента.
11. *Апатическая реакция* — потеря воли к сопротивлению болезни, стремления к выздоровлению, пассивность.
12. *Гармоничная реакция* — условный идеал, при котором больной спокойно и внимательно принимает информацию о болезни, чётко оценивает перспективы, анализирует альтернативы лечения, принимая взвешенные решения, стремится к выздоровлению, делая всё, от него зависящее.
13. *Эргопатическая реакция* — диссимуляция (сокрытие) болезни.
14. *Реакция отчуждения* — восприятие болезни отчужденно, как произошедшего с кем-то другим.

На основе реакций, описанных выше, под воздействием стресса, связанного с манифестацией соматического заболевания, и биологических факторов, обусловленных собственно соматическим страданием, развиваются нозогении. Они чаще протекают в виде тревожно-фобических, диссоциативных и ипохондрических реакций.

Нозогенные депрессии, по Волель Б.А. (2021) [8], представляют собой наиболее характерный для соматической сети тип аффективной патологии. Это особый тип депрессий, в генезе которой принимают участие как психогенные факторы (стресс, связанный с установлением диагноза и госпитализацией), так и биологические (боли, приступы удушья при астме, зуд при кожных заболеваниях и т.д.).

Клинически нозогенные депрессии характеризуются резко выраженной гипотимией, в сознании пациента преобладают тревожно-ипохондрические идеи, пессимистические восприятие болезни и обостренное самонаблюдение. Большой вклад в картину нозогенной депрессии осуществляют различные проявления соматизированной тревоги, зачастую усиливающие проявления заболевания, вызвавшего депрессию. У ряда пациентов также выявляются признаки так называемой реакции деморализации (особенно часто при ургентной патологии) с временным отказом от любой активности, занятием пассивной позиции по отношению к заболеванию.

Стойкая ангедония, тоска, идеи вины и суицидальные мысли малохарактерны. Депрессия полностью лишена как депрессивного суточного ритма, так и возвратного. Вместо этого в течение дня самочувствие пациентов колеблется в соответствии с внешними событиями (беседы с врачом, результаты обследований) и выраженностью симптомов. Обратное развитие депрессии даже без лечения происходит по мере нормализации соматического состояния и в дальнейшем зависит большей степени от течения заболевания.

Клиническая картина нозогенных тревожно-фобических расстройств определяется сочетанием соматизированной тревоги, амплифицирующей (приумножающей) проявления соматического заболевания, опасениями по поводу прогноза заболевания, а также выраженной ипохондрической рефлексией (обострённое самонаблюдение, стремление получить максимум информации о своем заболевании).

Роль тревожных расстройств в психосоматической практике велика и условно может быть разделена на два больших блока. Во-первых, тревожные расстройства могут имитировать/дублировать соматическую патологию, тем самым они затрудняют диагностику соматической патологии, подбор терапии и оценку её эффективности. Так, пациенты с пароксизмами тревоги склонны к частому вызову бригад СМП, многие пациенты с генерализованной тревогой часто обращаются к врачам в плановом порядке по поводу соматизированных проявлений тревоги. При наличии реального соматического заболевания у таких пациентов симптоматика может приумножаться за счёт соматизированной тревоги.

С другой стороны, длительно существующая патология тревожного круга аналогично депрессиям достоверно ухудшает прогноз многих соматических заболеваний, что связано как с непосредственным биологическим воздействием тревоги (активация стрессорных систем организма, повышение уровня АД, глюкозы и триглицеридов в крови), так и худшим комплаенсом в отношении.

Субсиндромальные тревожные расстройства и неосложненные типичные случаи панического и генерализованного тревожного расстройства поддаются излечению в условиях амбулаторной непсихиатрической помощи. Тем не менее, врачу любой специальности целесообразно знать некоторые ориентирующие признаки, которые указывают на то, что пациента следует направить к психиатру в связи с малой курабельностью вне специализированной психиатрической сети. В их числе следующие:

- выраженное ограничительное поведение (отказ выходить на улицу, неспособность оставаться дома в одиночестве из-за тревоги, снижение социального стандарта в виде ухода с работы);
- ипохондрическое поведение в форме «медицинской одиссеи» (многократные посещения врачей в прошлом, частая смена специалистов, отсутствие комплаенса с самолечением);
- зависимость от алкоголя или психоактивных веществ, в том числе применяемых для уменьшения выраженности тревоги;
- психотический уровень тревоги с растерянностью или выраженными сомнениями, препятствующими принятию даже простых решений;
- коморбидные расстройства (навязчивости, деперсонализация, обманы восприятия).

Что касается нозогенных ипохондрических реакций — об этом следующий миф.

#### **Миф 8. Все ипохондрики одинаковы,**

**а кознесеэзипатия — никому не понятный термин**

По МКБ-10, основной признак ипохондрического расстройства заключается в постоянной озабоченности возможностью заболевания тяжёлым и прогрессирующим

соматическим расстройством. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы, они явно и стойко озабочены своим соматическим состоянием. Обычные ощущения и явления часто интерпретируются больными как аномальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма.

В основе ипохондрии лежит чрезмерное, не имеющее реальных оснований внимание к своему здоровью («телесная сверхбдительность», *bodily hypervigilance*, в основе которой лежит *кознесеэзипатия* — чувство неопределённого тотального физического неблагополучия), озабоченность даже незначительным недомоганием или убеждённости в наличии тяжёлой болезни, нарушений в телесной сфере или уродства [4]. При ипохондрии речь идет не просто о тревожной мнительности как таковой, а о соответствующей психической, интеллектуализированной переработке тех или иных болезненных ощущений со стороны соматической сферы. При этом конструируется концепция конкретного заболевания и начинается борьба за его признание и лечение. Психопатологический характер ипохондрии подтверждается тем, что при сочетании её с реальным соматическим заболеванием больной не обращает на последнее и доли того внимания, которое уделяет мнимому расстройству.

Выделяют следующие виды небредовой ипохондрии [8].

*Невротическая ипохондрия* определяется доминирующими опасениями по поводу возможного наличия тяжёлого соматического заболевания. При данном синдроме отмечается пристальное внимание к функционированию собственного организма со стремлением интерпретировать любые ощущения в теле как проявление соматической катастрофы. Отмечается частое обращение за медицинской помощью (т.н. «медицинский шопинг»), регулярные вызовы бригад СМП, склонность к избыточной сдаче анализов. В ряде случаев формируется манипуляторное поведение с принятием роли тяжелобольного в попытках привлечь к себе внимание окружающих, вызывать у них чувство вины. Конституциональной основой для формирования невротической ипохондрии является так называемая невропатия — склонность к соматической хрупкости, проявляющейся вегетативной лабильностью, частыми эпизодами необъяснимого субфебрилитета, астеническими и псевдоаллергическими реакциями.

В противовес этому картина *сверхценной ипохондрии* определяется преимущественно стремлением справиться своими силами с проявлениями реального или вымышленного заболевания. Доминирующее положение в сознании занимает не страх по поводу заболевания, а попытки справиться с ним. Пациенты склонны к созданию различных, в том числе вычурных систем по поддержанию своего здоровья при помощи диет, физических упражнений, народных методов лечения. Кроме того, отмечается и повышенное обращение к врачам за медицинской помощью, пациенты стремятся к более радикальным мерам восстановления здоровья, в числе которых оперативные вмешательства, агрессивная фармакотерапия, многократные сеансы лечебной физкультуры и физиотерапии. Сверхценная ипохондрия формируется на основе соматотонии — конституциональной склонности

к высоким физическим нагрузкам, поддержания здорового образа жизни, «культы тела».

Особым видом сверхценной ипохондрии является *ограниченная (лат. циркумскрипта) ипохондрия*, которая проявляется одержимостью болями (т.н. идиопатическими алгиями) со стремлением к удалению участка тела, в котором они наблюдаются.

Для *псевдоневрастении* характерно доминирование в восприятии пациента атипичных ощущений, чуждых привычному телесному восприятию, — сочетание диаметрально противоположных ощущений («холодящий жар»), манифестация симптоматики в вегетативно молчаливых органах (перикард, мягкое небо), атипичная пространственная локализация. Псевдоневрастения формируется у пациентов с шизотипическим расстройством личности и конституционально обусловленным парадоксальным восприятием своего тела — проприоцептивным диатезом.

Наконец, *аберрантная ипохондрия* представляет собой полярный тип по отношению ко всем вышеперечисленным, по существу являясь «анти-ипохондрией». Для таких пациентов характерно полное игнорирование соматического неблагополучия, отрицание наличия соматического заболевания, отсутствие эмоционального реагирования на проявления и семантику диагноза. Подобные тип антиипохондрии формируется у лиц с сегментарной деперсонализацией, которая проявляется свойственным на протяжении жизни игнорированием потребностей тела, сниженным самоощущением телесного неблагополучия.

#### Миф 9. Психосоматика — всегда легкий уровень расстройств

Вспомним ещё раз, что в сфере психосоматики есть и ипохондрический бред, и соматопсихоз, и уже станет ясно, что психосоматические расстройства далеко не всегда имеют сравнительно легкий уровень (впрочем, для пациента они всегда «крайне тяжелы»). Следует дополнить, что есть психические расстройства, которые крайне тяжелы, сопровождаемые выраженными психосоматическими проявлениями. Среди таких состояний прежде всего выделяют фебрильную шизофрению, токсическую энцефалопатию Гайе-Вернике и злокачественный нейрорептический синдром [4].

Фебрильная шизофрения представляет собой гипертоксическую форму этого заболевания (смертельно опасную без адекватного лечения). Грубая дезинтеграция организма, нарушения водно-электролитного баланса, гиповолемия, быстрая потеря веса сопровождаются тяжелыми соматическими нарушениями.

Энцефалопатия Гайе-Вернике развивается в III стадии алкогольной болезни, при этом имеет место патогенное воздействие комплекса факторов — алкогольной интоксикации, метаболических, токсических и алиментарных нарушений, в результате чего грубо нарушается центральная и периферическая регуляция.

Злокачественный нейрорептический синдром — тяжелое проявление лекарственной болезни, проявляется нарушением сознания, экстрапирамидной симптоматикой, лихорадкой, тяжелыми обменными нарушениями.

К тяжелому уровню психосоматических расстройств относят также нарушения, возникающих при пищевой зависимости (нервной анорексии и булимии).

#### Миф 10. Психосоматические расстройства лечить некому

Это не совсем миф. Для многих интернистов психосоматика — пренебрежительный термин «ВНД» (ещё проще — «истерия»). К психиатру такие пациенты тоже попадают редко (не желают или не могут найти специалиста). В итоге многие остаются без помощи.

В идеале лечение психосоматических расстройств должно включать коррекцию обоих компонентов — психического и соматического, — то есть быть комплексным [4]. Что касается психофармакотерапии, то она должна быть максимально деликатной, соответственно принципу «минимальной достаточности».

Елисеев Ю.Ю. (2008) [11] сформулировал ключевые требования к препаратам, используемым в психофармакотерапии психосоматических расстройств:

1. эффективность в отношении основных психопатологических синдромов;
2. достаточная терапевтическая широта, позволяющая использовать малые и даже сверхмалые дозировки;
3. низкая токсичность;
4. возможность одновременной коррекции как психических, так и соматовегетативных нарушений (хороший соматотропный эффект);
5. малая «поведенческая токсичность»;
6. хорошая совместимость с соматотропными препаратами;
7. простота в использовании, то есть возможность назначения препарата врачами общей практики;
8. низкая тератогенность, возможность применения у беременных.

К сожалению, абсолютно всем перечисленным требованиям не соответствует ни один из используемых в настоящее время психотропных препаратов.

По данным Елисеева Ю.Ю. (2008) [11], на современном этапе развития психофармакологии наиболее часто используются анксиолитики и тимоаналептики (у 40–65% и 12–25% пациентов соответственно), заметно реже (5%) применяются так называемые малые нейрорептики.

Наиболее важные методы *немедикаментозного* лечения включают психотерапию, физиотерапию и санаторно-курортное лечение.

#### Заключение

Какие бы мифы мы ни обсуждали, есть понимание того, что развеивать их может только наука. Наука, опирающаяся на комплексность и доказательный подход. В сфере психосоматики шансы на это дает развиваемая академиком Смулевичем А.Б. концепция «встречного движения», сутью которой является насущная необходимость междисциплинарного взаимодействия психиатров и интернистов, увеличивающего шансы на успешное оказание помощи в столь сложной и насыщенной мифами сфере, как психосоматика.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Овсянников С.А. Античная философия как источник идей пограничной психиатрии в историко-эпистемологическом аспекте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1995;95(5):76-83. Ovsyannikov S.A. Ancient philosophy as a source of ideas of borderline psychiatry in the historical and epistemological aspect. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 1995;95:76-83. (In Russ.).
2. Краснов В.Н. Психические расстройства в клинической практике. Под ред. акад. РАМН А.Б. Смулевича. М 2011. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;111(12):102-103. Krasnov V.N. Mental disorders in clinical practice. Ed. A.B. Smulevich. M 2011; 720. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2011;111(12):102-103. (In Russ.). eLIBRARY ID: 18104239
3. Иванов С.В. Органые неврозы: аспекты психосоматических соотношений и клинической гетерогенности. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2002;1:15-26. Ivanov S.V. Organ neuroses: aspects of psychosomatic relationships and clinical heterogeneity. *Journal of Social and Clinical Psychiatry*. 2002;1:15-26. (In Russ.).
4. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение. *Руководство для врачей*. Под ред. Шамрея В.К., Сторожакова Г.И. СПб.: спецЛит; 2014. Storozhakova G. I., Shamreia V. K., eds. *Rasstroistva psikhosomaticheskogo spektra: patogenez, diagnostika, lechenie: rukovodstvo dlia vrachei*. Saint-Petersburg: spetsLit; 2014. (In Russ.).
5. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. *Психосоматическая медицина: Руководство для врачей*. Под ред. акад. РАМН Сидорова П.И. М.: МЕДпресс-информ; 2006. Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Novikova I.A. Sidorov P.I., eds. *Psikhosomaticheskaiia meditsina: Rukovodstvo dlia vrachei*. Moscow: MEDpress-inform; 2006. (In Russ.).
6. Тополянский В.Д., Струковская М.В. *Психосоматические расстройства*. М.; 1986. Topolianskii V.D., Strukovskaia M.V. *Psikhosomaticheskie rasstroistva*. Moscow; 1986. (In Russ.).
7. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1994;(2):39-49. Dmitrieva T.B., Polozhiy B.S. Social psychiatry: modern concepts and prospects of development. *Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev*. 1994;(2):39-49. (In Russ.). eLIBRARY ID: 26304352
8. *Пограничная психиатрия и психосоматика. Психосоматические расстройства*. Под ред. Солдаткина В.А. М.: КНОРУС; 2021. Soldatkin V.A., eds. *Pogranichnaia psikhiatriia i psikhosomatika. Psikhosomaticheskie rasstroistva*. Moscow: KNORUS; 2021. (In Russ.).
9. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Методика определения типа отношения к болезни. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1980;(8):1527-1530. Lichko A.E. Ivanov N.Ia. Methodology for determining the type of relationship to the disease. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 1980;(8):1527-1530. (In Russ.).
10. Жмуров В.А. Психопатология. *Сибирский медицинский журнал*. 1994;(1):114. Zhmurov V.A. Psychopathology. *Siberian Medical Journal*. 1994;(1):114. (In Russ.).
11. Елисеев Ю.Ю. *Психосоматические заболевания. Справочник*. М.; 2008. Eliseev Ju. Ju. *Psikhosomaticheskie zabolevaniia. Spravochnik*. Moscow; 2008. (In Russ.).

### Информация об авторах

**Виктор Александрович Солдаткин**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-0222-3414>; [sva-rostov@mail.ru](mailto:sva-rostov@mail.ru).

**Светлана Викторовна Солдаткина**, студентка 5 курса лечебно-профилактического факультета, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-2478-0537>; [ssv-rostov02@mail.ru](mailto:ssv-rostov02@mail.ru).

### Вклад авторов

С.В. Солдаткина — получение и анализ данных литературы; написание текста рукописи.

В.А. Солдаткин — разработка дизайна обзора; систематизация и интерпретация литературных данных.

### Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Information about the authors

**Victor A. Soldatkin**, Dr. Sci. (Med.), Professor, head of Department of Psychiatry and Narcology, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-0222-3414>; [sva-rostov@mail.ru](mailto:sva-rostov@mail.ru).

**Svetlana V. Soldatkina**, student of Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia. <https://orcid.org/0000-0002-2478-0537>; [ssv-rostov02@mail.ru](mailto:ssv-rostov02@mail.ru).

### Authors' contribution

S.V. Soldatkina – data collection and analysis; manuscript writing;

V.A. Soldatkin – design development of the review; systematic organization and interpretation of literary data.

### Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию / Received: 19.07.2023

Доработана после рецензирования / Revised: 02.08.2023

Принята к публикации / Accepted: 16.08.2023