

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ

Е. Г. Королёва¹, М. П. Мазалькова², Е. Н. Мойсеёнок¹

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Университет Моллоя, Нью-Йорк, США



Смертность от болезней системы кровообращения остается в первых рядах во всем мире уже более 20 лет, и в особенности в последние годы. Ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний умирает около 17,4 млн человек; в Беларуси в последние годы смертность от данного вида патологии колеблется в пределах 740-800 на 100 000 населения. Из всех сердечно-сосудистых заболеваний большая доля приходится на ишемическую болезнь сердца и артериальную гипертензию с ее осложнениями – инфарктами миокарда и инсультами.

В литературе можно встретить два полярных убеждения относительно психосоматики. Одни считают, что множество проблем со здоровьем связано с психическими проблемами, другие же уверены, что причиной физических нарушений в организме человека никакие негативные эмоции стать не могут.

Среди психосоматических расстройств сердечно-сосудистые заболевания считаются самыми распространенными. Причем ими страдают преимущественно лица, склонные постоянно испытывать напряжение и отрицательные эмоции. У «оптимистов» эти расстройства встречаются значительно реже.

О психосоматическом компоненте говорят преимущественно при ишемической болезни сердца, сердечном неврозе страха, эссенциальной гипертензии, нарушениях сердечного ритма.

Ключевые слова: соматика, психика, функциональные расстройства, сердечно-сосудистые заболевания.

Для цитирования: Королёва, Е. Г. Психосоматические заболевания и сердечно-сосудистая патология / Е. Г. Королёва, М. П. Мазалькова, Е. Н. Мойсеёнок // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2022. Т. 20, № 4. С. 444-450. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-4-444-450>

Психосоматика – направление медицинских исследований, изучающее влияние психических факторов на возникновение и течение соматической патологии.

Цель психосоматической науки – установление взаимовлияния «психического» на «соматическое» у человека, изучение всего комплекса проблем, возникающих с взаимовлиянием психики на соматические функции в организме [1, 2].

Психосоматические заболевания классифицируются на «большие» и «малые» [3].

К «большим» психосоматическим заболеваниям на международном уровне относят так называемую «святую («чикагскую») семерку»: бронхиальную астму, эссенциальную гипертензию, язвенный колит, язвенную болезнь желудка, язву 12-перстной кишки, нейродермит, ревматоидный артрит. В настоящее время данный список расширен за счет ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2-го типа, тиреотоксикоза [4].

К «малым» психосоматическим болезням в зарубежной литературе нередко относят соматические расстройства при неврозах или так называемые «органные неврозы» (по классификации МКБ-10 подраздел F45 – соматоформные расстройства). Данные расстройства описываются следующим образом: «Повторное предъявление соматической симптоматики одновременно с настойчивыми требованиями медицинских обследований, несмотря на повторные отрицательные результаты и заверения врачей, что симптомы не имеют соматической природы. Если у пациента и имеются какие-либо соматические заболевания,

они не объясняют природы и степени выраженности симптомов, страдания или жалоб». Заболевания данной группы включают ипохондрию, дисморфофобию (неприятие собственного тела), психогенный зуд, психогенную боль в спине и голове, а также некоторые формы диареи, икоты, учащенного мочеиспускания и другие недуги. Важно отметить, что наряду с соматическими жалобами у пациентов всегда наличествует необоснованно повышенная тревога за свое состояние [5]. Особо следует подчеркнуть, что при соматоформных заболеваниях речь всегда идет о наличии у пациента повышенной тревоги за свое здоровье [6].

Современные представления о механизмах развития психосоматического заболевания таковы. Они развиваются:

1 – при наличии врожденного или приобретенного дефекта органа или системы;

2 – ввиду дезорганизации в работе органа или системы в результате сильного или длительного аффекта (страха, тревоги, напряжения и т. д.);

3 – из-за привыкания к неправильному режиму нарушенной функции органа;

4 – в случае, когда органы являются средством символического выражения (например при истерии «сердце остановилось от горя») [7, 8].

Ю. М. Губачев, Е. М. Стабровский (1981) выделяют ряд вариантов развития психосоматических заболеваний:

1 – ситуационный, первично психогенный: на первом плане длительно действующие неблагоприятные жизненные условия;

2 – личностный вариант (акцентуация, пси-

хопатизация, невротизация), обуславливающий извращенный тип реагирования;

3 – центральный вариант (органическая патология центральной нервной системы) с нарушением регуляторных механизмов эмоций; он определяет особенности аффекта (ригидность, застойность, вязкость, инертность) с фиксацией негативных эмоциональных переживаний, склонностью к «саморазвитию» аффекта [9].

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется:

1 – неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;

2 – наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;

3 – нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности центральной нервной системы);

4 – личностными особенностями;

5 – психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;

6 – фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

7 – особенностями психотравмирующих событий [10].

В происхождении психосоматических расстройств участвуют отдельные из перечисленных факторов, они делают также индивида более уязвимым к психоэмоциональным стрессам, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений, затрудняя их психологическую и биологическую защиту.

Если психологическая защита не блокирует определенное эмоциональное переживание, происходит «соматизация», то есть поражаются определенные органы, в которых в дальнейшем (при длительном существовании эмоционального напряжения) могут формироваться деструктивно-морфологические изменения [11].

Функциональные сердечно-сосудистые нарушения

Могут ли заболевания сердечно-сосудистой системы быть психосоматическими?

Известно, что болезни сердца на нервной почве присущи людям, привыкшим держать эмоции под контролем; привыкшим принимать все близко к сердцу; жалостливым людям, пытающимся взять чужую боль на себя; трудоголикам, считающим, что надо заслужить любовь трудом, чтобы оправдать ожидания окружающих; людям, стремящимся все успеть и живущим в бешеном ритме, перегружающим себя и даже при плохом самочувствии не обращающим внимания на сигналы своего тела, а продолжающим работать [8].

Сердечно-сосудистые заболевания резко возрастают в своем числе в зависимости от условий современной жизни, которая постоянно требует от людей повышенных эмоциональных нагрузок. Наиболее легкие сердечно-сосудистые симптомы, возникающие на фоне кратковременного эмоционального напряжения, – преходящая тахикардия, аритмия, артериальная гипертензия или гипотензия [12].

Функциональные нарушения следующие: ощущение замирания в области сердца и предсердечные боли, кратковременные обморочные состояния разной глубины, стенокардитические приступы без каких-либо электрокардиографических и анатомических нарушений. Всем этим симптомам часто предшествуют выраженные эмоциональные расстройства, чаще в форме страха и гнева [9].

Несомненно, заболевания сердечно-сосудистой системы стоят в первых рядах среди тех, которые могут быть вызваны психосоматической причиной. Ведь недаром в древние времена считали, что душа находится в сердце и ставили знак равенства между выражениями «болит душа» и «болит сердце». Да и на любой стресс или тревогу сердечно-сосудистая система реагирует одной из первых в виде учащения сердцебиения или повышения артериального давления (АД). А уже от страха, связанного с этими изменениями в организме, у пациента могут появиться какие-либо боли в грудной клетке.

Приступы пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии центрального генеза могут провоцироваться физическими нагрузками и эмоциональным стрессом, встречаются у лиц с вегетативно-лабильной неустойчивостью. Они издавна считались возможным эквивалентом депрессивной фазы (Каннабих Ю. В., Хорошко В. К., 1943).

Известный факт, что эмоциям астенического характера соответствует синусовая брадикардия (доминирование парасимпатических влияний), а эмоциям стенического характера сопутствует чувство сердцебиения, тремор рук и тревожное беспокойство (симпатическое влияние) [4].

Синдром вегетативной дистонии в медицине по-другому называется «сосудистой дистонией», «вегетососудистой дистонией», «нейроциркуляторной дистонией». Более точное описание он получил под названием «синдрома Да Косты», или «раздраженное сердце». Данное расстройство сопровождается следующей симптоматикой: кардиалгии (часто длительные), функциональный систолический шум на верхушке сердца, сильная усталость, умеренная тахикардия, нарушение зрения, экстрасистолы, колебания АД, часто сопровождаемые вегетативными нарушениями (гиперемия, потливость) с чувством страха, неудовлетворенностью, раздражительностью. Еще в 1918 г. Oppenheim предложил для этого состояния термин «истерическая астенция» [5].

Эссенциальная гипертензия

Многие ученые полагают, что гипертоническая болезнь часто связана с имеющимся конфликтом между высоким социальным контролем своего поведения и нереализованной потребностью данного индивида во власти.

С психологических позиций гипертензия возникает при подавляемых агрессивных тенденциях: гнев, страх, которые активизируют симпатическую нервную систему и надпочечниками начинает выделяться адреналин. Длитель-

но присутствующее невыраженное состояние гнева приводит к хроническому повышению кровяного давления – это, по прежним представлениям, «хроническое состояние подготовки к сражению».

У таких пациентов выявляется высокий самоконтроль и неспособность свободно выражать свои депрессивные импульсы, они часто сексуально заторможены. При этом в межличностном общении они могут быть милыми и уступчивыми. Чем более они уступчивы во внешнем поведении, тем больше агрессии накапливается внутри к тому, кому подчиняются – возникает «эмоциональный паралич», создается устойчивый порочный круг. Даже если имеется возможность разрядки враждебности и агрессивности, такая, тем не менее, тормозится из-за чувства щепетильности или желания казаться «хорошим».

Провоцирующими ситуациями часто бывает нехватка времени и нарастающее напряжение или длительные состояния страха. Считается, что у страдающих гипертензией существует хронически подавляемая агрессия, связанная со страхом из-за возможности потерять расположение родных и близких. Такое чувство часто заставляет ребенка контролировать и скрывать свою враждебность. У пациентов с гипертонической болезнью постоянно проявляется раздражительность, когда они сталкиваются с непреодолимым сопротивлением со стороны окружающих [13].

Известна также «ситуационная гипертензия»: экзаменационная, полетная, предоперационная и т. п.

В работах «ранних» психосоматиков (Binger, Alexander, Harris) выделились следующие черты характера пациентов с гипертонической болезнью: враждебная настроенность, упрямство, скрытность, неудовлетворение собой и окружением, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения, что приводит к постоянной внутренней тревоге и напряженности [14]. В то же время за внешним фасадом демонстративного самообладания, педантизма, подчеркнутой честности и искренности, дружелюбия могут скрываться такие черты, как большая нерешительность, чувствительность, упрямство, постоянная неуверенность в себе. Именно эмоции в генезе данного заболевания выступают в качестве связующего звена между соматическим и психическим [13].

Проведение таким пациентам разных форм психотерапии (особенно в период, когда у человека формируется самоутверждение) важно на ранних стадиях гипертензии, что может способствовать значительному снижению повышенного АД. Это важно для предотвращения возможного развития (при длительном течении) энцефалопатии и психоорганического синдрома.

Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда

Первоначально F. Dunbar (1947), а позднее и другие исследователи описали личностный профиль пациентов с коронарными заболеваниями

с глубинно-психологически обоснованных позиций: стремление достичь значимых вершин в своей профессии и высокого социального положения, «трудоголизм», готовность приспособиться к социальным устоям через перенапряжение. Однако теория личностных профилей не получила достаточной эмпирической поддержки. Многие исследователи указывают на слишком сложные теоретические построения, к которым трудно приспособить эмпирическое исследование, отсутствие четких различий между профилями [15].

Тем не менее, для будущих пациентов кардиологических отделений характерны: постоянная спешка, нетерпеливость и беспокойство, чувство цейтнота и сверхответственность. Включенность в свою профессию столь сильна, что ни для чего иного времени просто не остается. Они одержимы манией работы. Это объясняет тот факт, что такие люди лучше себя чувствуют в профессиях, ориентированных на социальный успех.

Их поведение можно расценить как сверхприспособительное, сверхнормальное в современном мире, где особенно ценятся работа и успех. У многих отмечаются безусловное стремление доминировать, руководить и быть у всех на виду. С психологических позиций предполагается, что такая экстраверсия – характерная невротическая защита от лежащего глубже «орального» желания зависимости. Активность же в стремлении якобы помогать всем людям – видоизмененная и защитная форма желания удовлетворить самого себя [16].

Чаще всего перед развитием инфаркта миокарда эмоциональное состояние определяется как истощение или депрессия. Такие люди, долгое время направлявшие гиперактивность и враждебность вовне, в итоге обращают их против себя. Не случайно говорят о чувствах «дрожки в сердце», «сердечном волнении», «сердечной привязанности», «сердечном отношении» у людей, предрасположенных к инфаркту. Все эмоции, которые переживает человек, обязательно отражаются на работе сердца и оставляют на нем соответствующие следы. Иногда даже успешная операция на сердце не приносит полного исцеления из-за того, что не устранены психологические причины, вызвавшие заболевание [17].

Кардиофобический невроз

Один из наиболее часто встречаемых вегетативных синдромов во врачебной практике – кардиофобия.

Среди диагнозов в МКБ-10 имеется «кардиальный невроз» как соматоформное расстройство вегетативной нервной системы: пациент часто жалуется на боли в области сердца, которые могут быть колющего или ноющего характера, учащенное сердцебиение, ощущение тяжести в груди.

Нередко некоторые психические симптомы, такие как страх, тревога, депрессия, принимают за соматическое проявление того или иного забо-

левания сердца [18]. Особо характерная жалоба для психосоматического состояния – «чувство сердца», ощущение его границ с дискомфортом, тревогой и беспокойством. Необычно выразительны и разнообразны сравнения, которые используют пациенты: чувствуют пульсацию в сердце, висках, горле, лопатке, ладонях, эпигастрии; слышат стук своего сердца через подушку или матрац. Степень и захваченность, особый характер жалоб выходит за рамки адекватной реакции личности на действительную сердечную катастрофу. Пациенты громко стонут, причитают, жестикулируют, мечутся, катаются по полу, ставят то горчичники, то теплую грелку, то пузырь со льдом. При этом, если во время истинного ангинозного приступа врач в состоянии оказать помощь, то при кардиофобическом кризе он оказывается нередко лишь зрителем «мелодрамы». При психогенных заболеваниях это состояние называется «сердечной мимикрией» [19].

В пользу психогенных расстройств будет свидетельствовать отсутствие объективных признаков ишемической болезни сердца при обследовании. Регистрация на ЭКГ дыхательной аритмии подтверждает функциональный характер жалоб.

Психосоматический механизм хорошо прослеживается при кардионевротическом страхе, где большую роль играет психофизиологический порочный круг: вследствие страха и тревоги происходит выброс адреналина, который приводит к тахикардии и повышенной возбудимости (с повышением АД); наступает гипоксия, что в свою очередь вызывает страх и тревожное беспокойство, проецирующееся на сердце, а увеличение частоты сердечных сокращений снова вызывает страх.

Событие, которого больше всего боятся пациенты с кардиофобическим неврозом, – это инфаркт миокарда, который у них развивается не чаще, чем среди популяции в целом. Многие катamnезы показывают явно меньшее число органических заболеваний сердца у таких пациентов, чем можно было бы ожидать [12].

Нарушения сердечного ритма

Соматическое возбуждение и усиление сердцебиения, нарушения ритма, беспокойство могут толковаться как фрагменты подавленной психофизической реакции.

Нередко приступы бывают спровоцированы конфликтами и разного рода ситуационными факторами. У здоровых людей также могут возникать подобные приступы, у 25% пациентов со здоровым сердцем отмечается тесная связь между появлением приступа и жизненными коллизиями [20]. Приступы часто возникают в периоды большого внутреннего напряжения. У пациентов с аффективными расстройствами экстрасистолы могут появляться только по утрам или в соответствии с суточным колебанием аффекта, при приеме антидепрессантов прекращаются, как и при эмоциональном подъеме [21].

Терапевтические подходы

Важно ли для врача выяснить, вызвано заболевание у конкретного пациента психосоматическими причинами или нет? Зависит ли от этого тактика лечения?

– Обязательно надо разграничивать такие заболевания. В случае обнаружения у пациента истинных сердечно-сосудистых заболеваний ему будет предложено адресное медикаментозное лечение, а при необходимости и хирургическое.

Если же заболевание расценено как психосоматическое, здесь на первый план выходит работа с эмоциями пациента, психотерапия, возможно назначение седативной терапии [22].

Нуждаются ли психосоматические пациенты в «особом» подходе и помощи других специалистов?

– Такие пациенты требуют к себе не меньшего внимания, чем пациенты с истинным соматическим заболеванием, поскольку не исключен переход психосоматического расстройства в органическое. При необходимости надо подключать других специалистов, например, неврологов или психиатров, для исключения когнитивных или психических расстройств и назначения адекватной медикаментозной терапии. В более легких случаях может помочь психотерапевт [22].

По каким симптомам врач или сам пациент может понять, что заболевание носит психосоматический характер?

– У таких пациентов, как правило, довольно большое количество жалоб, они их предъявляют слишком эмоционально, с активной жестикуляцией. Эти пациенты активно ходят к разным врачам, можно видеть довольно много осмотров в амбулаторной карте, так как часто после исключения у них соматического заболевания по результатам объективных исследований одним врачом они приходят снова и снова к тому же или уже другому врачу, поскольку продолжают беспокоиться и искать у себя заболевание. У них могут меняться жалобы по поводу работы органов и систем [9].

Какие рекомендации можно дать пациентам для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, спровоцированных психосоматическими причинами?

– Общие советы, как ни странно, достаточно банальны, но они действительно «работают»: здоровый сон, здоровое питание, физическая активность и контроль факторов риска – лучшие средства первичной профилактики. И, конечно, контроль эмоций, поиск подходящих для пациента средств расслабления и отвлечения от своих переживаний: хобби, медитация, спорт, огород – кому что больше нравится, главное – в здоровом русле [10].

Выводы

1. Действительно, психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы могут наблюдаться. Сердечно-сосудистые нарушения при невротических и псевдоневротических состояниях могут имитировать практически любое заболевание системы кровообращения.

2. Для их исключения необходимо проведение дифференциальной диагностики. Для функциональных расстройств будет характерно:

- отсутствие объективных органических изменений сердечно-сосудистой системы при обследовании и в анамнезе;
- связь с психогенными расстройствами;
- непостоянство и крайняя изменчивость жалоб пациента;

Литература

1. Psychosomatic and Biopsychosocial Medicine: Body-Mind Relationship, Its Roots, and Current Challenges / L. Grassi [et al.] // Person Centered Approach to Recovery in Medicine. Integrating Psychiatry and Primary Care / ed.: L. Grassi, M. Riba, T. Wise. – Luxembourg: Springer, 2019. – P. 19-36. – doi: 10.1007/978-3-319-74736-1_2.
2. Nakao, M. Somatic manifestation of distress: clinical medicine, psychological, and public health perspectives / M. Nakao // Biopsychosoc Med. – 2017. – Vol. 11. – P. 33. – doi: 10.1186/s13030-017-0119-3.
3. Колесников, Д. Б. Современные взгляды на психосоматические заболевания / Д. Б. Колесников, С. И. Рапопорт, Л. А. Вознесенская // Клиническая медицина. – 2014. – Т. 92, № 7. – С. 12-18. – edn: SMYAPF.
4. Koh, K. Biological Mechanisms of Somatization / K. B. Koh // Stress and Somatic Symptoms / K. Koh. – Luxembourg: Springer, 2018. – P. 95-103. – doi: 10.1007/978-3-030-02783-4_9.
5. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М.: Гэотар Медицина, 1999. – 373 с.
6. Краснов, В. Н. Психосоматика в контексте развития интегративной медицины / В. Н. Краснов, Н. Р. Палеев // Альманах клинической медицины. – 2014. – № 35. – С. 84-88. – edn: TFKLXL.
7. Менделевич, В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – Москва : Городец, 2016. – 595 с.
8. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан-Плоцца [и др.]. – СПб, 2000. – 287 с.
9. Королева, Е. Г. Оценка психосоматических расстройств в общей врачебной практике / Е. Г. Королева // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – № 1(11). – С. 106-113. – edn: PYDXNL.
10. Старшенбаум, Г. В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Г. В. Старшенбаум. – Москва : АСТ, 2021. – 352 с.
11. Гиндикин, В. Я. Справочник. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение) / В. Я. Гиндикин. – Москва : Триада-Х, 2000. – 256 с.
12. Влияние типа А поведенческой активности на развитие сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа / А. И. Мартынов [и др.] // CardioСоматика. – 2019. – Т. 10, № 4. – С. 39-43. – doi: 10.26442/22217185.2019.4.190670. – edn: ВМКТХJ.
13. Будневский, А. В. Исследование психосоматических особенностей у больных гипертонической болезнью / А. В. Будневский, В. Т. Бурлачук, Н. М. Семьнина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17, № 1. – С. 178-182. – edn: BSBRFC.
- связь с аффективными колебаниями настроения;
- отсутствие патологических процессов в миокарде и признаков сердечной декомпенсации, суточные колебания аритмии, стереотипия;
- терапевтический эффект от приема транквилизаторов и антидепрессантов.
14. Аксенова, А. А. Влияние стресса на развитие гипертонической болезни / А. А. Аксенова, О. В. Кулясова, Г. А. Постникова // Научная дискуссия: вопросы медицины. – 2016. – № 11(41). – С. 55-58. – edn: WYECTD.
15. Дёмина, С. Н. Теоретические аспекты исследования личностных особенностей пациентов с разными психосоматическими состояниями / С. Н. Дёмина // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 12. – С. 80-85. – edn: ХХКЛZR.
16. Ушакова, Д. С. Личностные особенности у пациентов с ишемической болезнью сердца / Д. С. Ушакова // Психология отношений в постнеклассической парадигме : сборник статей участников Международной научно-практической конференции, Белово, 01-07 июня 2015 г. / ФГБОУ ВПО «Кузбасский государственный технический университет имени Т.Ф. Горбачева», Филиал в г. Белово; Великотырнольский университет им. Святых Кирилла и Мефодия; Кемеровское отделение Российского психологического общества. – Белово: Кузбасский государственный технический университет имени Т.Ф. Горбачева, филиал в г. Белово, 2015. – С. 191-196. – edn: UMZWRN.
17. Вербина, Г. Г. Основы психосоматики : учебное пособие для вузов / Г. Г. Вербина, О. Г. Рындина. – Чебоксары : Изд-во Чувашского ун-та, 2007. – 319 с.
18. Соколов, Е. И. Эмоциональное напряжение и реакции сердечно-сосудистой системы / Е. И. Соколов, В. П. Подачин, Е. В. Белова. – Москва : Наука, 1980. – 242 с.
19. Соколов, Е. И. Эмоции и патология сердца / Е. И. Соколов, Е. В. Белова. – Москва : Наука, 1983. – 302 с.
20. Лебедева, У. В. Психосоматические и соматопсихические соотношения при жизнеопасных нарушениях сердечного ритма / У. В. Лебедева // Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2006. – № 1. – С. 22-25. – edn: ВHXULZ.
21. Поздняков, Ю. М. Функциональные болезни сердца – новые реалии / Ю. М. Поздняков, В. С. Волков // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8, № 7. – С. 95-101. – edn: KYLVVV.
22. Русина, Н. А. Психотерапия пациента психосоматического профиля / Н. А. Русина // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. – № 3(3). – С. 50-60. – edn: RLFMAJ.

References

1. Grassi L, Wise T, Cockburn D, Caruso R, Riba, MB. Psychosomatic and Biopsychosocial Medicine: Body-Mind Relationship, Its Roots, and Current Challenges. In: Grassi L, Riba M, Wise T, editors. Person Centered Approach to Recovery in Medicine. Integrating Psychiatry and Primary Care. Luxembourg: Springer; 2019. p. 19-36. doi: 10.1007/978-3-319-74736-1_2.

2. Nakao M. Somatic manifestation of distress: clinical medicine, psychological, and public health perspectives. *Biopsychosoc Med.* 2017;11:33. doi: 10.1186/s13030-017-0119-3.
3. Kolesnikov DB, Rapoport SI, Voznesenskaya LA. Sovremennyye vzglyady na psihosomaticheskiye zabojevanija [Current views of psychosomatic diseases]. *Klinicheskaja medicina* [Clinical Medicine (Russian Journal)]. 2014;92(7):12-18. edn: SMYAPF. (Russian).
4. Koh KB. Biological Mechanisms of Somatization. In: Koh KB. *Stress and Somatic Symptoms.* Luxembourg: Springer; 2018. p. 95-103. doi: 10.1007/978-3-030-02783-4_9.
5. Brojtigam V, Kristian P, Rad M. Psihosomaticheskaja medicina. Moskva: Gjeotar Medicina; 1999. 373 p. (Russian).
6. Krasnov VN, Paleev NR. Psihosomatika v kontekste razvitiya integrativnoj mediciny [Psychosomatics in the context of the development of integrative medicine]. *Almanah klinicheskoy mediciny* [Almanac of Clinical Medicine]. 2014;35:84-88. edn: TFKLXL. (Russian).
7. Mendelevich, VD, Soloveva SL. Nevrozologija i psihosomaticheskaja medicina. Moskva: Gorodec; 2016. 595 p. (Russian).
8. Ljuban-Plocca B, Pjoldinger V, Krjoger F, Lederah-Hofman K. Psihosomaticheskije rasstrojstva v obshhej medicinskoj praktike. Saint Petersburg; 2000. 287 p. (Russian).
9. Koroleva EG. Ocenka psihosomaticheskikh rasstrojstv v obshhevračebnoj praktike [Evaluation of psychosomatic disorders in general practice]. *Psihijatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija* [Psychotherapy and Clinical Psychology]. 2013;(1(11)):106-113. edn: PYDXNL. (Russian).
10. Starshenbaum GV. Psihosomatika i psihoterapija: iscelenie dushi i tela [Psychosomatics and psychotherapy: healing of the soul and body]. Moskva: AST; 2021. 352 p. (Russian).
11. Gindikina VJa. Spravochnik. Somatogennyje i somatofornnyje psihicheskije rasstrojstva (klinika, differencialnaja diagnostika, lechenije). Moskva: Triada-H; 2000. 256 p. (Russian).
12. Martynov AI, Akatova EV, Pervichko EI, Nikolin OP, Urlaeva IV. Vlijanije tipa A povedencheskoj aktivnosti na razvitiye serdečno-sosudistykh zabojevanij i saharnogo diabeta 2-go tipa [Influence of type a behavioral activity on the development of cardiovascular disease]. *CardioSomatika* [Cardiosomatics]. 2019;10(4):39-43. doi: 10.26442/22217185.2019.4.190670. edn: BMKTXJ (Russian).
13. Budnevskiy AV, Burlachuk VT, Seminina NM. Issledovanie psihosomaticheskikh osobennostej u bolnyh gipertonicheskoj boleznju [Study of psychosomatic features in patients with arterial hypertension]. *Prikladnyje informacionnyje aspekty mediciny* [Applied Information Aspects of Medicine]. 2014;17(1):178-182. (Russian).
14. Aksenova AA, Kuljasova OV, Postnikova GA. Vlijaniye stressa na razvitiye gipertonicheskoj boleznju. *Nauchnaja diskussija: voprosy mediciny.* 2016;11(41):55-58. edn: WYECTD. (Russian).
15. Djomina SN. Teoreticheskije aspekty issledovanija lichnostnykh osobennostej pacientov s raznymi psihosomaticheskimi sostojanijami. *Nauchno-metodicheskij elektronnyj zhurnal „Koncept”.* 2017;12:80-85. edn: XXXLZR. (Russian).
16. Ushakova DS. Lichnostnyje osobennosti u pacientov s ishemičeskoj boleznju serdca. In: Psihologija otnoshenij v postneklassičeskoj paradigme. Sbornik statej učastnikov Meždunarodnoj nauchno-praktičeskoj konferencii; 2015 Jun 01-07; Belovo. Belovo: Kuzbasskij gosudarstvennyj tehničeskij universitet imeni T. F. Gorbacheva, filial v g. Belovo; 2015. p. 191-196. edn: UMZWRN. (Russian).
17. Verbina GG, Ryndina OG. Osnovy psihosomatiki. Cheboksary: Izd-vo Chuvashskogo un-ta; 2007. 319 p. (Russian).
18. Sokolov EI, Podachin, VP, Belova EV. Emocionalnoje naprjazhenije i reakcii serdečno-sosudistoj sistemy. Moskva: Nauka; 1980. 242 p. (Russian).
19. Sokolov EI, Belova EV. Emocii i patologija serdca. Moskva: Nauka; 1983. 302 p. (Russian).
20. Lebedeva UV. Psihosomaticheskije i somatopsihicheskije sootnoshenija pri zhizneopasnykh narušenijah serdečnogo ritma. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V. M. Behtereva.* 2006;(1):22-25. edn: BHXULZ. (Russian).
21. Pozdnyakov YuM, Volkov VS. Funkcionalnyje bolezni serdca – novyye realii [Functional heart diseases – new realities]. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika* [Cardiovascular therapy and prevention]. 2009;8(7):95-101. edn: KYLVVRV. (Russian).
22. Rusina NA. Psihoterapija pacienta psihosomaticheskogo profila [Psychotherapy of patients with psychosomatic profile]. *Lichnost v menjajushchemsja mire: zdorovje, adaptacija, razvitie* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. 2013;(3(3)):50-60. edn: RLFMAJ. (Russian).

PSYCHOSOMATIC ILLNESS AND CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

E. G. Koroleva¹, M. P. Mazalkova², E. N. Moiseenok¹

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

²Molloy University, New York, USA

Mortality from diseases of the cardiovascular system has been at the forefront throughout the world for more than 20 years, and especially in recent years. About 17.4 million people die from cardiovascular diseases every year in the world; in Belarus in recent years, the mortality rate from this type of pathology ranges from 740-800 per 100.000 population. Of all cardiovascular diseases, a large proportion falls on coronary heart disease and arterial hypertension with its complications - myocardial infarctions and strokes.

In the literature, two polar beliefs regarding psychosomatics can be found. Some believe that many health problems are associated with mental problems, while the others are sure that no negative emotions can become the cause of physical disorders in the human body.

Among psychosomatic disorders, cardiovascular diseases are the most common. Moreover, they suffer mainly from people who tend to constantly experience tension and negative emotions. In "optimistic" people, these disorders are much less common.

The psychosomatic component is mainly spoken about in coronary heart disease, cardiac anxiety neurosis, essential hypertension, and cardiac arrhythmias.

Keywords: somatics, psyche, functional disorders, cardiovascular diseases.

For citation: Koroleva EG, Mazalkova MP, Moiseenok EN. Psychosomatic illness and cardiovascular pathology. *Journal of the Grodno State Medical University.* 2022;20(4):444-450. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-4-444-450>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Об авторах / About the authors

*Королёва Елена Григорьевна / Koroleva Elena, e-mail: elenakoroleva6@rambler.ru, SCOPUS: 57200613478

Мазалькова Мария Петровна / Mazalkova Maria

Мойсеёнок Екатерина Николаевна / Moiseenok Ekaterina, e-mail: clipsyter@gmail.com

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 30.05.2022

Принята к публикации / Accepted for publication: 01.07.2022