

Психогенные болевые синдромы, согласно классификации Международной ассоциации по изучению боли, бывают следующих типов:

боли, индуцированные эмоциональными факторами и обусловленные мышечным напряжением;

боли как бред или галлюцинация у пациентов с психозами, исчезающие при лечении основного заболевания;

боли при истерии и ипохондрии, не имеющие соматической основы;

боли, связанные с депрессией, не предшествующие ей и не имеющие другой причины.

Для психогенных болевых синдромов характерно наличие тяжёлой, длительной, изнурительной боли, необъяснимой никакими известными соматическими заболеваниями или поражением структур нервной системы. Локализация этой боли обычно не соответствует анатомическим особенностям тканей или зонам иннервации, подозреваемым в качестве причины боли. Иногда выявляют [соматические повреждения](#), в том числе, нарушения нервных проводящих путей и центров, однако интенсивность боли при этом значительно превышает степень повреждения. Как правило, это связано с приобретённым «болевым поведением» у пациентов с соматогенным или неврогенным болевым синдромом. Например, у пациентов с болями в спине при грыже межпозвонкового диска болевое поведение часто основано на страхе спровоцировать возникновение боли неверным движением.

В патогенезе психогенных болевых синдромов можно выделить три ведущих фактора.

- Соматизация (развитие соматоформных болевых расстройств).
- Рефлекторное напряжение мышц, обусловленное психологическими причинами. В этом случае развитие болезненного дискомфорта происходит вследствие ишемизации мышц, усиления синтеза альгогенов и сенситизации ноцицепторов.
- Возможность появления бреда или болезненных галлюцинаций у пациентов с психозами.

Для объяснения механизмов развития соматоформных болевых ощущений используют конверсионную модель и/или классический условный рефлекс. При тревожно-фобических состояниях, ипохондрии или депрессии, вызывающих чувство беспомощности и безнадежности, психологический конфликт может перейти в физическое страдание в виде боли. Боль в данном случае уменьшает психологический конфликт. Это — приспособительная реакция, отвлекающая внимание пациента от душевных тревог. Боль неосознанно понимают как выигрыш, более [приемлемое состояние](#), чем

психологический дистресс. После этого при очередном психологическом конфликте происходит неосознанное закрепление у пациентов «защитного» болевого поведения (жалобы на боль, стоны, мимика страдальца, ограничение подвижности). При такой боли функция страдающего органа практически не нарушена. Условный рефлекс может быть выработан на любой стимул. Боль или другие мнимые сенсорные расстройства (глухота, слепота, анестезия и т.п.) особенно ярко выражены при истерическом неврозе.

Болевые синдромы при психо-эмоциональных расстройствах могут быть следствием рефлекторного напряжения скелетных мышц и гладкомышечных волокон в висцеральных органах в ответ на отрицательные эмоции, тревогу, беспокойство. У таких пациентов изменены частота и сила сердечных сокращений, тонус периферических сосудов, возникает дискинезия желудочно-кишечного тракта, билиарной системы, что может вызывать кардиалгии и боли в животе. Рефлекторное длительное повышение тонуса перикраниальных или поясничных мышц — причина головных болей напряжения и дорсалгий.

Психогенные болевые синдромы в виде бреда или галлюцинации могут быть проявлением шизофрении. У этих пациентов возможно развитие галлюцинаций кожного и мышечного чувства в виде ощущений болезненного давления в различных частях тела.

Интересные статьи:

- 1) [Коллагеновый колит](#)
- 2) [Локализация и рост опухолей](#)
- 3) [Опухоли поджелудочной железы](#)