

Сенестопатия как разновидность «психической боли»

(клиническая иллюстрация)

РЕЗЮМЕ

В публикуемой статье, представленной в формате клинической иллюстрации, отражена проблема патологических телесных ощущений — сенестопатий, имеющая большое клиническое и социальное значение, выходящее за рамки как психиатрии, так и медицины в целом. Приведенный клинический случай является иллюстрацией того, что не существует непреодолимой границы между «психическим» и «физическим»: соматические заболевания нередко являются причиной возникновения психических расстройств, в то время как душевные расстройства могут проявлять себя через телесные симптомы.

В настоящее время проблема патологических телесных ощущений (сенестопатий) вышла далеко за рамки как психиатрии, так и медицины в целом и стала серьезной социальной проблемой. По разным данным, около половины пациентов, обращающихся к врачам общей практики, страдают различными психическими расстройствами, затрагивающими соматическую сферу (ипохондрическими, депрессивными, конверсионными, соматоформными и т. д.). По данным мировой статистики, 43% пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, лечатся у врачей общей практики. В России до 57% пациентов общесоматических стационаров нуждаются в консультации и лечении врача-психиатра-психотерапевта, фактически направляются 19%, при этом запаздывание с таким направлением в среднем составляет 8–9 лет. Больные соматоформными расстройствами поглощают около 20% всех средств, расходуемых на здравоохранение, пациенты с жалобами психосоматического характера забирают до половины рабочего времени врача общей практики (Курпатов А. В., Аверьянов Г. Г., 2001 г.).



• Е. Н. Давтян¹ •



• С. Э. Давтян² •

¹ Дневной стационар №3
Городского психоневрологического
диспансера № 7,

² Кафедра психиатрии
Медицинского Факультета
Санкт-Петербургского
Государственного Университета

Ключевые слова: сенестопатии,
соматоформные расстройства

Феноменологическая неопределенность сенестопатий и, как следствие, трудности адекватной верификации патологических ощущений приводят к диагностическим ошибкам, «хронизации» патологических процессов, длительному и безрезультатному лечению пациентов до обращения к психиатру. «Хронизация» патологического процесса напрямую связана с проблемой инвалидизации (пенсионное обеспечение, социальная реабилитация, создание специализированных рабочих мест и т. д.). И это далеко не полный перечень круга проблем, сопутствующих больным с патологическими телесными **сенсациями**.

Одной из разновидностей патологических телесных ощущений являются сенестопатии. К настоящему моменту в психиатрии единой общепринятой и всеобъемлющей дефиниции сенестопатий нет. В большинстве исследований сенестопатиями считаются первичные, возникающие самопроизвольно без какой-либо реальной физической основы, связанные с протопатическим сдвигом ощущения, отражающие специфическую акцентуацию самосознания на процессах соматической сферы (изменение соматопсихического «я»). Клинически сенестопатии проявляются в необычных, не дан-

ных больному в прошлом опыте телесного чувствования ощущениях, которые больной с трудом вербализует.

Необычность переживания влечет за собой странность описания, где наряду с принятыми в данной языковой среде обозначениями телесных ощущений встречаются множественные необычные характеристики испытываемых страданий, часто выражающиеся в метафорической форме. К дополнительным общепринятым признакам сенестопатий относят их крайнюю мучительность, когда ощущения «завладевают всем сознанием», необычность локализации и последующую амнезию перенесенных переживаний (за исключением самого факта их наличия в прошлом).

По мнению Э. Б. Дубницкой (1992), важнейшим дифференциальным признаком сенестопатий следует считать качество «чужеродности чувственному восприятию» (гетерономности, по J. Glatzel, 1981). На основе признака чужеродности автором выделяется более общий психопатологический ряд, обозначенный как «симптомадика сенестетически-коэстетического ряда», в который наряду с сенестопатиями оказываются включенными также явления соматопсихической деперсонализации.

В клинической иллюстрации, приведенной ниже, показана типичная история «хождения по мукам» больной с сенестопатическими переживаниями. Кроме того, в ней отчетливо прослеживается динамика развития сенестопатий с постепенным встраиванием их в структуру более сложных сенсопатических синдромов.

Больная Б., 52 года. В роду сердечно-сосудистые заболевания (отец умер от инфаркта в 49 лет, сестра перенесла 2 инсульта, была инвалидом 2-й группы по соматическому заболеванию). Закончила 8 классов, вечернее ПТУ по специальности «штурман». Работала на стройке, кладовщицей, в котельной, гардеробщицей. В настоящее время — инвалид 2-й группы по психиатрической МСЭК. Вдова, имела дочь, которая погибла в 1993 году в возрасте 18 лет («убило током»). Живет с двумя племянницами в отдельной 4-комнатной квартире. Взаимоотношения в семье теплые. Раньше воспитывала падчерицу (дочь мужа), в настоящее время девочка в детском доме (в связи с развитием настоящего заболевания больная не могла в полной мере заботиться о ребенке).

По характеру всегда была общительной, активной, веселой.

Menses с 14 лет до настоящего времени, без особенностей. Имела одну беременность, закончившуюся родами. Во время беременности (21 год) — эклампсия: «ничего не помню, но кровь шла ушами, перекосило всю... месяц как паралич был, потом прошло». Из заболеваний: с детства плохо слышит на правое ухо, страдает ИБС, ГБ-2, ожирением-2, распространенным остеохондрозом с корешковым синдромом, дисциркуляторной энцефалопатией, калькулезным холециститом, хроническим гастро-

дуоденитом, хроническим пиелонефритом. Всегда плохо переносила алкоголь, часто бывали головные боли, отмечалось сногворение.

Периодически в течение жизни у больной возникали болезненные ощущения в области сердца (примерно с 20 лет). Обращалась в медпункт на стройке, в поликлинику по месту жительства, обследовалась, однако никакой сердечной патологии обнаружено не было. Через какое-то время обращаться за помощью к врачам перестала, переживала, что ее сочтут симулянткой. Далее при появлении болей начала бесконтрольно самостоятельно принимать анальгетики.

Считает себя больной с 40 лет (1993 г.), когда после трагической гибели дочери долго не могла оправиться от горя: «лежала пластом», «заговаривалась», появились многочисленные болезненные ощущения в различных частях тела. В течение пяти лет настойчиво обращалась за помощью к различным специалистам (терапевту, невропатологу, эндокринологу), неоднократно лечилась стационарно. Наиболее устойчиво выставлялся диагноз диффузного токсического зоба, принимала мерказолил, предлагалось оперативное лечение. Однако тяжесть состояния и предъявляемые больной жалобы не в полной мере соответствовали обнаруживаемой патологии, а проводимое лечение не приводило к стойкому улучшению состояния (в психиатрическом дневном стационаре больная неоднократно была консультирована эндокринологом, последний раз в 2004 году, данных за патологию щитовидной железы обнаружено не было).

В 1998 году после внезапной смерти мужа (инсульт) состояние особенно ухудшилось, резко усилились болезненные ощущения в различных частях тела. В марте 1999 года при выписке из соматического стационара СПбГМУ им. Павлова больной было рекомендовано продолжение лечения у психиатра.

Впервые поступила в дневной стационар №2 Городского ПНД №7 (со стационаром) Санкт-Петербурга в марте 1999 года с жалобами на постоянные сильнейшие боли в области сердца: «в сердце как палочка ломается... сточит, как кипятком постоянно... жжение в груди как льдом», «болит весь левый бок», «как пузырьки в теле лопаются», «с позвонками что-то не то, поясница болит постоянно», «руки немеют», «онемение языка». Предъявляла жалобы на слезливость, бессонницу, постоянные запоры, сниженный аппетит, плохую память: «не хочется ни с кем общаться». При беседе была многоречива, тревожна, эмоционально лабильна (легко переходила от слезливости к благодушной улыбке). Настроение в целом представлялось сниженным, выявлялась отчетливая суточная динамика состояния с улучшением в вечерние часы. Была обстоятельна, на вопросы отвечала путанно, временами бестолково. Отмечалась выраженная ипохондрическая фиксация на болезненных ощущениях, тревожилась, что «гоняют от врача к врачу». Мышление конкретное, интеллектуально-мнестически представлялась сниженной по сосудистому типу.

В отделении состояние больной определялось генерализованными сенестопатиями, снижением настроения, значительной фиксацией на патологических ощущениях, неопределенными ипохондрическими опасениями. Положительную динамику (уменьшение частоты и выраженности сенестопатических переживаний) удалось получить только при длительном введении больших доз трициклических антидепрессантов (до 400 мг в/в капельно, затем per os). Кроме того, получала противотревожную, сосудистую и активную «органическую» терапию, небольшие дозы нейролептиков. На этом фоне постепенно исчезла тревога, «улучшилась память», ушла акайрия, крайняя обстоятельность в описании патологических телесных ощущений, возросла активность, нормализовался сон; со слов больной, «осталось 15% ощущений». В дальнейшем снизить дозы антидепрессанта (амитриптилин) удалось только до 250 мг/сут; при последующем снижении дозы состояние начинало ухудшаться, появлялась слезливость, усиливались патологические ощущения, снижалось настроение.

С тех пор практические постоянно лечится в ДС с диагнозом «органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза с интеллектуально-мнестическим снижением, сенесто-ипохондрический синдром». (F 06.8). Стационарирование примерно два раза в год, как правило, с сентября по декабрь и с марта по июнь (в январе 2006 г. — 12-е по счету). В клинической картине выраженные сенестопатические переживания с тенденцией к генерализации и мощной ипохондрической фиксацией на ощущениях, сниженное настроение с дистимическим компонентом («раздражают все»), нарушения сна, слезливость, эмоциональная лабильность, выраженное интеллектуально-мнестическое снижение (IQ=64), деперсонализационные расстройства, прежде всего соматопсихической сферы, последние годы — тревожность и суестьливость.

Неоднократно интенсивность патологических ощущений достигала степени сенестопатических раптусов, когда из-за локализации ощущений в области сердца, дифференциальный диагноз с инфарктом миокарда становился возможным только при помощи ЭКГ-исследования. Подобные состояния купировались в/в инъекциями реланиума.

При первых поступлениях положительную динамику удавалось получить только при длительном введении больших доз а/депрессантов. Однако на первый план начинали выступать побочные эффекты действия а/депрессантов — шаткость походки, тремор пальцев рук. Попытки значительно снизить дозы а/депрессантов приводили к выраженному обострению симптоматики. В течение пяти лет практически постоянно принимает средние дозы а/депрессантов (до 150–200 мг амитриптилина), карбамазепин, небольшие дозы нейролептиков, получает курсы транквилизаторов и сосудистых препаратов. На этом фоне состояние становится относительно стабильным, на первый план выходит интеллектуально-

мнестическое снижение: хорошо ориентируется только в бытовых, самых примитивных вопросах, становится по-детски капризной и кокетливой (любит одевать ярко-красный парик, много ходить по магазинам). При беседах застреваема, слащава, обстоятельна, обидчива, легко формирует нестойкие идеи отношения: «лишний раз подходить не буду, вы, на меня, дурочку, рассердитесь», «племянницы обманывают, мне долю в квартире не выделили», «не пойду к психологу, она ко мне плохо относится... не улыбается, думает, что я дурочка совсем».

Отчетливо прослеживается тенденция как можно дольше находиться в стационаре. Постоянно выпрашивает «успокаивающую капельницу», «витаминчики», просит о консультациях различных специалистов, просит оставлять ее на ночь в ночном стационаре: «Вдруг плохо станет, вы и поможете... дома никто помочь не сможет». Активно принимает гомеопатические препараты (имеет при себе 4–5 бутылочек с различными настоями и бальзамами). Постоянным фоном сохраняются астения, выраженная метеопатия, аффективная неустойчивость с тенденцией к раздражительности и слезливости.

Дополнительные исследования. ЭКГ от 22. 12. 2004 г. — синусовая аритмия, по сравнению с ЭКГ от 23. 13. 04 г. без существенной динамики. ЭЭГ от 31. 10. 2000 г.: сохраняется акцент патологических изменений в левом полушарии (лобновисочной и теменнозатылочной областях) и снижение функционального состояния коры. ЭЭГ от 04. 05. 2004 г.: нарушения биоэлектрической активности с акцентом патологических изменений в лобновисочных областях, по сравнению с предыдущими ЭЭГ появилась довольно выраженная ирритация коры и стволовых образований. УЗИ органов брюшной полости (23. 06. 2003 г.): эхопризнаки гепатомегалии, хронического калькулезного холецисто-панкреатита, диффузных изменений печени.

Особенно интересными, по нашему мнению, являются трансформации, которые происходили с собственно патологическими телесными ощущениями. Ниже мы приводим высказывания больной, собранные за годы лечения.

1999 год: «происходит онемение языка», постоянные сильнейшие боли в области сердца — «сердце как ножом резали», «немеют руки», «болит весь левый бок», «как пузырьки в теле лопаются», «с позвонками что-то не то, поясница болит постоянно».

В 2000 году к собственно сенестопатиям, локализующимся по-прежнему преимущественно в левой половине тела, добавляются жалобы деперсонализационного круга — на отсутствие сна в течение нескольких месяцев («догадываюсь, что сплю»), состояния, когда как будто на несколько мгновений «исчезает правая половина тела».

При повторной госпитализации осенью 2000 года в высказываниях появляется неясная тенденция к формированию висцеральных галлюцинаций, сохраняются деперсонализационные расстройства: «все болит, все грызет, ломит все, все кости...

сердце болит», «жжет справа затылок постоянно, как будто что-то там шевелится, как будто умирает что-то», «боли в ушах, как будто что-то там вырывают», «онемение пальцев рук, руки как не мои», «сна не чувствую... вообще не спала все время», изменены вкусовые ощущения — «все как трава». При этой же госпитализации после относительного уменьшения на фоне лечения выраженности сенестопатических ощущений на первый план вышло выраженное изменение соматопсихического «я» (по К. Ясперсу), проявлявшееся в измененном ощущении тела, в периодическом «распаде» телесного самосознания («иногда как нет правой руки, нет левой ноги, не чувствую нижнюю половину тела» и т. д.). Неоднократно консультировавший больную невропатолог нарастания органической неврологической симптоматики не обнаруживал, что позволяло расценивать подобные феномены как психопатологические.

Наконец в 2004 году некоторые описания патологических телесных ощущений становятся неотличимы от висцеральных галлюцинаций: «во мне что-то вставлено, как тело в теле, как столб... столбовое чувство раздражает», «кол в позвоночнике», «дырка в позвоночнике размером с пятикопеечную монету», «все шевелится, черви ползают под кожей... собираются в пятках», «везде жжет, шевелится, боли страшные... воспалено все», «я как не живая, тело как сгибаться не хочет», «в бедрах холод... сама потею, а бедра холодные... как нерв попал и отмирает», «все тело с ног до головы как песком покрыто», «пятки твердые, наступать не могу».

Сенестопатии затрагивают область телесного восприятия, занимающего особое место среди прочих видов чувствительности. С одной стороны, она является самой древней и наиболее «физиологической» формой чувствования, а с другой, именно в силу своей древности и примитивности, — наименее осознанной, трудно структурируемой и трудно вербализуемой. Собственно телесное восприятие формируется с одной стороны, из филогенетически более древней протопатической чувствительности и, с другой, — из дискретной и дифференцированной эпикритической. Протопатическая чувствительность представляет собой первичное чувствование, в котором неразрывно спаяны эмоциональность и телесные ощущения, неосознаваемые, недифференцированные и представленные в сознании в виде некоей «витальной нормы». В норме более молодая эпикритическая чувствительность заглушает проявления более старой, протопатической. Поэтому на осознанном уровне в норме (вне психического или физического страдания) человеку доступны только дискретные телесные восприятия. Эти восприятия формируются в результате перцептивного научения и традиционно обозначаются в языке набором слов, обозначающих телесные воздействия (болит, давит, жжет, щекочет и т. д.).

На начальном этапе изменения соматопсихического «я» у больной Б. протопати-

ческий сдвиг выражает себя как неопределенное ощущение витальной опасности и переживается больной как знак латентной угрозы, недоступной для понимания, но идущей изнутри, из собственного тела. Именно ощущение витальной угрозы заставляет больную вновь и вновь обращаться за помощью к врачам, несмотря на отсутствие адекватной помощи в первые годы после манифеста заболевания. Понимание смысла происходящего самой больной в этот период ограничено простой констатацией страдания. На этом этапе субъективно воспринимаемые изменения соматопсихического «я» сравниваются с уже известными из опыта телесными ощущениями и с физическими свойствами предметов окружающего мира, способными вызывать испытываемые ощущения («боли в сердце, сердце как ножом резали», «жжение в груди как льдом»).

Поведение больной уже на этом этапе необычно. Это, прежде всего, жалобы на изменения самочувствия, достигающие степени симптома акайрии: больная одержимо и бесконечно предъявляет жалобы на телесное страдание, как бы пытаясь убедить собеседника в реальности и крайней мучительности существующих патологических телесных ощущений. Страдание вызывает сам факт существования необычных ощущений: «их же не должно быть, а они есть» (чужеродность чувственному восприятию). Обращает на себя внимание прикованность сознания к измененному телесному восприятию, патологическая фиксация на «болях» при отсутствии сколько-нибудь значимого интереса к чему-либо вне болезни. Изменение соматопсихического «я» сопровождается патологическим аффектом: чаще всего протопатической тревогой, неоднократно достигавшей в нашем случае степени сенестопатического раптуса (ажитации) и различной степени выраженности депрессий — выраженной в начале заболевания и относительно неглубокой последние годы. Начиная с 2000 года сенестопатические переживания сопровождаются деперсонализационными расстройствами (нарушение самовосприятия).

Нельзя не обратить внимание на отсутствие у больной критической оценки своего состояния. Как правило, несмотря на некоторое объективное снижение интенсивности болезненных переживаний в ходе лечения, при прямом вопросе она отрицала всякое улучшение состояния. В этом смысле относительно надежным критерием положительной динамики для врача было прекращение спонтанных жалоб на «боли». При отсутствии прямого вопроса больная обычно «забывала» отметить их среди прочих жалоб. После улучшения состояния описание имевшихся патологических телесных ощущений становилось невозможным, хотя больная и помнила сам факт мучительного состояния в прошлом (амнезия перенесенных сенестопатий).

Необычно речевое поведение больной Б. Она привычно называла происходящие с ней мучительные изменения восприятия телесных сигналов словом «боль», непременно

но указывая на качественное отличие этих «больей» от любых других болезненных ощущений, испытанных ею в жизни. Зачастую слово «боль» звучало только при первой попытке обозначить свои жалобы и указывало скорее не на конкретное ощущение, а на те страдания, которые сопровождают изменения телесного самовосприятия при протопатическом сдвиге. При дополнительном расспросе выяснялось, что больная испытывает другие ощущения (давление, жжение, шевеление и т. д.), а не собственно боль. В этих случаях называние сенестопатии словом «боль» являлось лишь данью культурной и языковой традиции и в дальнейшем при описании того же патологического ощущения не повторялось.

При описании сенестопатий больная постоянно подчеркивала особенную мучительность, необычность, тягостность, качественную инакость испытываемых ею болезненных ощущений, отсутствие подобных переживаний в прошлом жизненном опыте. Этим, вероятно, было обусловлено большое количество метафор и вводных слов (как бы, как будто, вроде и т. д.). Привнося в описание телесных ощущений физические характеристики предметов окружающей действительности, больная стремилась «опредметить» существующие необычные ощущения, объективизировать их, придать им статус реальности. Давая сенестопатиям предметные характеристики, больная как бы разделяет патологические ощущения и собственную телесность, вынося сенестопатии за рамки привычного телесного чувствования, отчуждает, рассматривает их как нечто существующее отдельно от собственного «я». В свою очередь вызывающие душевные страдания (горе, печаль, тоску и т. д.) изменения соматопсихического «я» трансформируются в описания физических ощущений (боли, жжения или давления).

По данным нашего исследования (Микиртумов Б. Е., Давтян Е. Н., 2002), структура высказываний больных с сенестопатиями имеет сравнительный характер и формируется с опорой на относительно небольшое число классифицирующих понятий, объединенных нами в семь лексико-семантических групп (ЛСГ): боль, жжение, давление, объем, плотность, форма, движение.

При сравнении вербальных характеристик сенестопатий с описанием болезненных ощущений пациентами соматических стационаров выяснилась следующая картина: больные, страдающие соматическими заболеваниями, не испытывали затруднений в подборе слов, легко и сразу начинали говорить о своих ощущениях, чаще всего используя одно их обозначение — «боль» (77,8% высказываний). Эпитеты, прилагаемые к слову «боль», описывали временные (постоянная, внезапная), количественные (сильная, слабая) и качественные (режущая, острая, ноющая, тупая и т. д.) характеристики телесного чувствования. Именно в этих случаях в описаниях больных появлялись дополнительные характеристики патологических ощущений,

выражавшиеся словами, принадлежавшими ЛСГ «давление и жжение». Описания же с использованием таких слов из ЛСГ как объем, плотность, форма и движение среди соматических больных встречались существенно реже. Простота и элементарность вербализации патологических телесных ощущений при соматических заболеваниях была связана, вероятно, с легкостью их узнавания, всегда сравнимого с предыдущим опытом боли.

Физическое повреждение при соматическом страдании приводит к появлению дискретного телесного восприятия, опознающегося на аутопсихическом уровне как боль, сигнал опасности, которую человек научается распознавать в течение жизни. При этом восприятие больным своего соматопсихического «я» (и тем более аутопсихического) обычно не изменяется. Боль в контексте соматического заболевания всегда воспринимается как сигнал повреждения, не искажает общую картину соматопсихического «я» больного и легко встраивается в его представление о болезни.

Психически больные активно использовали при описании патологических телесных ощущений все семь ЛСГ с частотой, не зависящей от их нозологической принадлежности, за исключением группы «жжение». Причем употребление слов, принадлежащих семантическому полю слова «боль» уступало по частоте характеристикам, опирающимся на такие категории описания физических ощущений, как давление и жжение. Доминирование в описаниях слов из ЛСГ жжение прямо коррелировало с ведущей аффективной патологией.

Последнее замечание напрямую соотносится с рассматриваемым нами случаем: в высказываниях больной Б. постоянно звучали термические характеристики сенестопатий, что коррелировало с депрессивным аффектом («строчит, как кипятком постоянно», «жжение в груди, как льдом», «везде жжет», «на бедрах холод»). На начальных этапах заболевания нашей больной сенестопатии сосуществовали с деперсонализационными расстройствами соматопсихической сферы. По мере развития патологического процесса собственно сенестопатии постепенно включались в структуру более сложного сенестопатического синдрома — висцеральных галлюцинаций («кол вбит в позвоночник», «черви под кожей ползают»). При включении сенестопатий в структуру висцеральных галлюцинаций меняется речевое поведение больной Б.: в ее высказываниях уменьшается удельный вес «привычных» описаний телесных ощущений в категориях боли, жжения или давления и значительно возрастает количество определений, употребляемых для характеристики предметов окружающей действительности (ЛСГ объем, плотность, форма, движение): «дырка в позвоночнике размером с пятикопеечную монету», «все шевелится, черви ползают» и т. д.

Приведенный клинический случай является иллюстрацией того, что не существует непреодолимой границы между «психическим» и «физическим»: соматические забо-

левания нередко являются причиной возникновения психических расстройств, в то время как душевные расстройства могут проявлять себя через телесные симптомы. ●

Литература:

1. Давтян Е. Н. Клинико-семантическое исследование сенестопатий. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2002.
2. Дубницкая Э. Б. Небредовая ипохондрия при пограничных состояниях (соматоформные расстройства) и вялотекущей шизофрении (клинико-генетические аспекты) // Ипохондрия и соматоформные расстройства / Под. ред. А. Б. Смуглевича. М., 1992.

3. Курпатов А. В., Аверьянов Г. Г. Психические расстройства в практике врача общего профиля. СПб.: «Издательство «Петрополис»», 2001.
4. Микиртумов Б. Е., Давтян Е. Н. Клинико-семантический анализ сенестопатий. Часть 2: вербальное исследование речи больных // Проблемы и перспективы современной психиатрии. Сборник научных трудов, посвященный 40-летию Пятой психиатрической больницы Санкт-Петербурга / Под ред. проф. Н. Н. Петровой, проф. Б. Е. Микиртумова. — СПб.: «Фолиант», 2002.
5. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997.
6. Glatzel J. Speziale Psychopathologie. Stuttgart, Enke, 1981.