

Клинические аспекты психостоматологии (обзор)

И. Ю. Дороженок, доцент кафедры психиатрии и психосоматики лечебного факультета, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет); старший научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, канд. мед. наук, доцент

Резюме. Представлено клиническое описание психостоматологии как раздела психосоматики. Психостоматология включает аффективные, соматоформные, ипохондрические расстройства, случаи несуицидальной аутоагрессии и дисморфофобии, а также клинические формы некоторых кожных заболеваний с локализацией высыпаний в полости рта: красный плоский лишай и истинная акантолитическая пузырчатка.

Ключевые слова: психостоматология, депрессия, глоссалгия, глоссодиния, несуицидальная аутоагрессия, дисморфофобия, нозогенные реакции.

Область психостоматологии включает аффективные, соматоформные, ипохондрические расстройства, случаи несуицидальной аутоагрессии и дисморфофобии, а также некоторых кожных заболеваний с локализацией высыпаний на слизистой ротовой полости. Хронические и остроболезненные поражения слизистой оболочки полости рта могут провоцировать развитие нозогенных реакций — психических расстройств, обусловленных стрессогенным влиянием соматического заболевания. В то же время у пациентов с психическими расстройствами зачастую выявляются заболевания слизистой ротовой полости. Психосоциальные факторы играют важную роль в развитии целого ряда стоматологических проблем, обусловленных плохой гигиеной полости рта [1].

Среди аффективных расстройств в психостоматологии ведущая роль отводится депрессии. В обзоре, посвященном депрессии у стоматологических пациентов [2], отмечается необходимость скрининга на депрессию у стоматологических пациентов, соблюдения гигиены полости рта в общей популяции и, в свою очередь, оказания своевременной стоматологической помощи психически больным. Несмотря на отсутствие психопатологического анализа рассматриваемых депрессивных состояний, в работе затрагиваются серьезные психосоматические проблемы, касающиеся различных аспектов взаимовлияния психической и соматической патологии. Здесь и физиологические проявления депрессии в ротовой полости (гипосаливация, ксеростомия, нарушения вкусовых ощущений и др.), и депрессогенная манифестация стоматитов, и влияние экзогенных факторов (хроническая ртутная интоксика-

ция из амальгамных пломб), и социокультуральные, а также возрастные аспекты психостоматологии.

Наряду с депрессией, в стоматологической практике весьма актуальна проблема соматоформного болевого расстройства на модели глоссалгии и глоссодинии (синдром жжения во рту, жжения языка). Глоссодинии описываются как «мучительные, жгучие боли и парестезии слизистой полости рта, снижающие трудоспособность, угнетающие психику и создающие депрессивное состояние больного» [3]. В некоторых случаях вместо боли пациенты испытывают «парестетические ощущения разных оттенков»: жжение, зуд, пощипывание, покалывание, ощущение разбухания языка, полного заполнения им ротовой полости. Пациенты постоянно анализируют свои ощущения, подолгу рассматривают язык в зеркале, чувствуя обложенность и отечность языка, тяжесть в языке (язык «устает»), одеревенелость, ощущение языка как инородного тела, давление в глотке, отечность мягких тканей полости рта и лица, инородное тело в глотке и пищеводе. Реже встречается феномен оральной псевдомиастении (затрудненность речи), который в сочетании с чувством тяжести и утомляемостью языка при разговоре вынуждал больных даже менять профессию [3, 4].

С позиций клинической психиатрии соматоформные расстройства включают ряд симптомокомплексов, реализующихся преимущественно в сфере телесной перцепции (конверсионных, соматизированных, болевых), что приводит к избыточному обращению за медицинской помощью, а также к нарушениям в социальной, профессиональной и других значимых сферах деятельности. Необходимо подчеркнуть тесную корреляцию со-

матоформных расстройств с конституциональной категорией *rain prone*, куда относят личностей тревожно-ипохондрического склада, а также невропатозов — невропатическая конституция [5] — явления гиперчувствительности в сфере телесной перцепции (гиперпатии, алгии, псевдомигрени), сочетающиеся с врожденной неполноценностью вегетативных функций (сосудистые кризы, головокружения, ортостатические обмороки, сердцебиения, гипергидроз и др.) и гипостенией (повышенная утомляемость, ситуационно и соматогенно провоцируемые астенические реакции, непереносимость длительных физических нагрузок, продолжительный период реконвалесценции после интеркуррентных заболеваний).

Некоторые авторы выделяют у пациентов с глоссодинией излишнюю мнительность и настороженность, недоверие к лечащему врачу. Другие исследователи уделяют основное внимание различным астеническим нарушениям, рассматривая в рамках астении свойственные пациентам с глоссодинией псевдосенестопатические ощущения [6]. Наряду с астенией авторы отмечают навязчивые опасения за свое здоровье с преобладанием канцерофобии. Канцерофобические и другие обсессивно-фобические расстройства у больных с глоссодинией могут довольно быстро дезактуализироваться и подвергаться редукции, чему во многом способствует относительно благоприятное течение данного соматоформного расстройства. В других случаях возможно развитие более тяжелых психопатологических нарушений [7].

Область психостоматологии включает также суицидальные самоповреждения в полости рта. Будучи проявлением расстройств телесного самосознания, данные нарушения интерпретируются как следствие деструктивной агрессии, когда дезинтегрирующие, дерегулирующие, разрушительные импульсы направлены против самого субъекта. При этом само понятие самоповреждающего поведения, или «само-разрушения», — его границ — варьируют в широких пределах. Самоповреждения обусловлены психическими нарушениями различного генеза (психогении, шизофрения, детский аутизм, аффективная патология, органические заболевания ЦНС, болезнь Жилья де ля Туретта, алкоголизм, наркомания, олигофрения и др.) либо расстройствами личности: пограничное, импульсивное, самоповреждающее (*Self-Defeating*).

Весьма обширные и опасные для здоровья самоповреждения в ротовой полости в клинической психиатрии выявляются в рамках бредовых, галлюцинаторно-бредовых, кататонических, обсессивно-компульсивных расстройств: химические и термические ожоги ограниченной локализации,

экстракция зубов, прикусывание и ампутация языка, эксфолиации слизистых оболочек посредством ногтей, столовых приборов и предметов обихода [8].

В психостоматологии (по аналогии с психодерматологией) выявляются экстернальный и интернальный типы дисморфофобии (недовольство формой, «неприглядным» видом зубов, прикуса и пр.) [9]. Экстернальный тип дисморфофобии определяется страхом находиться в обществе, опасениями привлечь внимание окружающих воображаемым либо минимально выраженным дефектом в ротовой полости. Здесь выявляются либо сенситивные идеи отношения с тотальным избегающим поведением, гипотимией, отсутствием аутодеструкций кожного покрова, редкими обращениями к специалистам, либо страх негативной оценки со стороны окружающих с избегающим поведением, навязчивостями повторного контроля, высокой обращаемостью за традиционными медицинскими процедурами. Дисморфофобия с интернальным перфекционизмом характеризуется патологической фиксацией на несовершенстве внешнего облика при отсутствии опасений оценки социального окружения; эгодистонным восприятием (отношение как к чужеродному образованию) ротовой полости, выраженными аутоагрессивными действиями, требованиями лечения с помощью инвазивных, радикальных процедур и оперативных вмешательств.

К психостоматологии относятся также клинические формы некоторых кожных заболеваний с локализацией высыпаний в полости рта: красный плоский лишай и истинная акантолитическая пузырчатка. Здесь, наряду с тревожно-депрессивными реакциями, прямо коррелирующими с массивными поражениями слизистой оболочки полости рта [10], выявлены нозогенные психические расстройства с парадоксальными типами реагирования, ассоциированные преимущественно с соматоперцептивными акцентуациями. Так, у пациентов, страдающих смертельно опасным буллезным дерматозом (истинная акантолитическая пузырчатка) с локализацией в ротовой полости, выявляются нозогенные психические нарушения по типу маскированной и аберрантной ипохондрии [11].

Маскированная ипохондрия выявляется у пациентов с личностными аномалиями стенического полюса (стеничность, рациональность, целеустремленность, эмоциональная отчужденность, высокая толерантность к психотравмирующим факторам и явлениям соматического неблагополучия) наряду с парадоксальностью телесной перцепции: альтернирующие полисистемные соматизированные и/или соматоформные расстройства и гетерономные (несвойственные) нормальной перцепции фено-

мены (телесные фантазии, синестезии, сенестоалгии) сочетаются с гипестезией общего чувства тела [12].

Для больных с маскированной ипохондрией характерна толерантность к проявлениям тяжелого заболевания при отсутствии ипохондрической фиксации. Пациенты устанавливают «партнерские» отношения с болезнью — с одной стороны, наблюдалось стремление следовать врачебным рекомендациям, с другой — преодолевающий стиль поведения, не отличающийся по нагрузкам от доболезненного образа жизни (продолжали работать, сохраняли в большинстве случаев физическую активность). Появление новых высыпаний на слизистой ротовой полости воспринимается как «досадное недоразумение», мешающее повседневной активности с достаточно высоким уровнем социального функционирования. Причиной обращения к врачу становятся не выраженность симптомов заболевания, а неспособность справиться с ними самостоятельно.

У больных с аберрантной ипохондрией отмечается парадоксальное игнорирование тяжести и опасности заболевания. Среди ключевых особенностей преморбида фигурируют дефицитарность сознания телесного «я» с нивелировкой проблем физического здоровья (убежденность в способности собственными силами преодолеть телесный недуг). При верификации серьезного диагноза пациенты абсолютно исключают возможность летального исхода и инвалидизирующих осложнений терапии при наличии их реальной угрозы, убеждены, что это их не коснется, демонстрируют безразличие к тяжелым клиническим проявлениям пузырчатки, не проявляют тревоги за свое здоровье, не читают специальную литературу. Проявления пузырчатки интерпретируются ими лишь как незначительные отклонения от нормы.

Несмотря на необходимость соблюдения строгих врачебных рекомендаций по витальным показателям, больные пытаются вести активный образ жизни (значительные физические нагрузки, курение, отказ от соблюдения диеты); невзирая на возникающие тяжелые осложнения, приводящие к потере трудоспособности и невозможности самообслуживания, сокращению продолжительности жизни, сохраняют

оптимизм, не задумываясь об отдаленных перспективах. При этом у всех больных отмечена высокая толерантность к связанным с поражением слизистых и кожных покровов зуду и боли. Обращение за помощью к врачам обычно происходит лишь по категоричному настоянию родственников или работодателей.

Рассмотренные формы психостоматологической патологии отражают богатую палитру расстройств психосоматического спектра и представляют интерес для серьезного клинического и научного изучения врачами и исследователями разных специальностей, подразумевая возможность включения психостоматологии в современные систематики психосоматических расстройств с целью оказания своевременной квалифицированной помощи данному контингенту больных в широком междисциплинарном практическом поле.

Литература

1. Aditya A, Lele S. Association between psychosocial disorders and oral health // J Dent Allied Sci 2015; 4: 84–8.
2. Беккер Р.А., Быков Ю.В. Депрессивные больные в стоматологической практике: стоматологические осложнения депрессии и ее лечения (обзор литературы) // Психические расстройства в общей медицине. — 2016. — № 1–2. — С. 45–51.
3. Дычко Е.Н., Миртовская В.Н. Нейрогенные аспекты патогенеза глоссалгии // Стоматология. — 1990.
4. Казарина Л.Н. Глоссалгия // Заболевания слизистой оболочки полости рта. — Н. Новгород, 2000.
5. Смулевич А.Б. Введение в психосоматику. Классификация психосоматических расстройств. Лекции по психосоматике/под ред. А.Б. Смулевича. — М.: МИА, 2014. — С. 3–22.
6. Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания с ведущим алгическим синдромом // Неврология и психиатрия. — 1990.
7. Eli I. Detection of psychopathologic trends of glossodynia patients//I. Eli, R. Baht, M. M. Littner // Psychosom. Med. 1994.
8. Сергеев И.И., Левина С.Д., Панкова О.Ф. Несуицидальная аутодеструкция при шизофрении (варианты, психопатология, коморбидность) // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. — 2006. — № 4. — С. 4–7.
9. Дороженок И.Ю., Матюшенко Е.Н., Олисова О.Ю. Дисморфофобия у дерматологических больных с фациальной локализацией кожного процесса // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2014. — № 1. — С. 42–47.
10. Дороженок И.Ю., Снарская Е.С., Шенберг В.Г. Психосоматические расстройства у больных красным плоским лишаем // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2015. — № 5. — С. 38–41.
11. Дороженок И.Ю., Теплюк Н.П., Катранова Д.Г. Истинная акантолитическая пузырчатка и психосоматические расстройства: клиническая типология // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2017. — № 4. — С. 200–205.
12. Волель Б.А. Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия): Дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 2009. — 448 с.