

**В.Д. ТОПОЛЯНСКИЙ
М.В. СТРУКОВСКАЯ**

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Руководство для врачей

**2-е издание,
переработанное и дополненное**



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2015

ГЛАВА 3

ПСЕВДОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Гиперпатия в резко выраженных формах как некое комплексное целое заключает в себе и боль, и сенестопатические явления, и депрессию как общий психический фон этих сложных реакций.

Т.И. Маркелов (1948)

*Друг мой, друг мой,
я очень и очень болен.
Сам не знаю, откуда взялась эта боль.*

С.А. Есенин. Черный человек



Повышенная интенсивность болезненных ощущений, достигающая степени «алгической меланхолии» (в противовес снижению или полному блокированию болевой чувствительности вплоть до развития «анестетической меланхолии» при тяжелых формах депрессии) отмечается преимущественно при депрессиях в клинике пограничных состояний, ипохондрических состояниях с элементами витальной депрессии и относительно легких, но затяжных депрессиях позднего возраста. Клиническим выражением тревоги и депрессии оказываются в итоге всевозможные алгии и парестезии (точнее, дизестезии) на фоне общего недомогания и «внутреннего беспокойства».

Различные болезненные ощущения в туловище и конечностях, в спине и труди, в позвоночнике и пояснично-крестцовой области, головная боль и головокружения, ишиалгия и зубная боль (к которым не способен «привыкнуть» пациент даже при длительном их существовании) могут выступать, таким образом, в качестве «масок» депрессии, требующей терапевтического вмешательства даже при отсутствии чувства осознанной тревоги и тоски. Тягостные болезненные ощущения в клинике ипохондрической депрессии возникают при этом в общем ряду переживаний витального ряда как чувство страдания в самом примитивном его выражении (в виде телесной боли), как «специфический телесный отголосок аффективной жизни больного», т.е. не просто ощущение, но одновременно своеобразное аффективное состояние с определенной локализацией аффекта [Hesnard A., 1927; Kretschmer E., 1928]. Четкое отграничение его от истинных болевых феноменов периферического происхождения на первый взгляд почти невозможно, хотя сами больные нередко определяют «колики в желудке» или стеснение в груди как именно душевное, а не телесное страдание.

Даже несомненное наличие какого-то периферического поражения или известная анатомическая неполноценность местной иннервации не исключают возможности ведущей роли аффективных расстройств в происхождении «законных» как будто бы жалоб больного. Одного из наших больных повторно стационарировали, например, с жалобами на «страшную» боль, не снимавшуюся даже наркотическими анальгетиками, в области осколочного ранения. Рентгенологически подтверждаемый осколок, застрявший под левой лопаткой чуть ли не с 1941 г., не объяснял, однако, строгой периодичности этой боли, возникавшей лишь при развитии у больного очередной стертой депрессии циклотимного круга и исчезавшей при переходе в гипоманиакальную фазу или лечении антидепрессантами. Явная или «скрытая» депрессия с выраженной психической гиперестезией представляет собой по существу активный «проявитель» имеющейся у больных органической или функциональной недостаточности определенных органов и систем, их *locus minoris resistentiae*.

Известная органическая «основа», выявляющаяся преимущественно или даже только в депрессии, сказывается, очевидно, и при нередких в широкой врачебной практике жалобах на боль в поясничной области при наклоне тела либо сокращения и даже болезненные судороги тех или иных мышечных групп при слишком быстрых и неловких

или непривычных движениях; четкая связь болезненных ощущений с определенным видом движений, всячески подчеркиваемая больными, наблюдается в ряде случаев лишь на фоне выраженных аффективных колебаний, обнаруживаемых при достаточно квалифицированном и целенаправленном опросе. Примером явной переоценки «органического» с еще более серьезной недооценкой «функционального» в состоянии больного служит, в частности, тот же шейный остеохондроз, которому приписывают иногда любые болезненные ощущения в области плечевого пояса или в шейно-затылочном регионе. Установление истинного удельного веса органического и функционального в статусе больного становится в итоге совсем не легкой, но очень благодарной задачей для лечащего врача, поскольку от решения ее зависит в конечном счете эффективность проводимой терапии.

Психическая гиперестезия

*Мне каждый звук терзает слух,
И каждый луч глазам несносен.
Прорезываться начал дух,
Как зуб из-под припухших десен.*

В.Ф. Ходасевич. Из дневника

Возможность патологически повышенной раздражительности по отношению к определенным шумам и оптическим воздействиям или прикосновениям издавна отмечается в клиниках и нервных и внутренних, и кожных болезней. Именно чрезмерная душевная и телесная чувствительность во всех ее многообразных формах заставляет эмоционально нестабильного пациента чувствовать себя «жалким человеком с ободранной кожей». Именно общая психическая гиперестезия «со своеобразным направлением воображения» составляет, по F. Jolly (1878), главную примету болезни, под влиянием которой преобразуются все симптомы страдания, а многие благодаря ей только и проявляются отчетливым образом. Именно психическая гиперестезия, способная превратить простое прикосновение в боль и сделать «адским» самое незначительное болезненное ощущение, ложится в основу целого «кортежа» соматических жалоб «проблемных» пациентов, у которых может болеть «все».

Чрезвычайная интенсивность и непомерность субъективного чувства боли в ответ на минимальные местные раздражения или даже нормальные интерорецептивные ощущения, а также особая устойчивость их в клинической картине делают лиц с психосоматическими расстройствами наиболее яркими представителями «болевого гиперпатова». Подобные пациенты страдают решительно от всего: солнечный луч, проникающий сквозь

закрытые шторы, режет глаза; запахи весеннего утра вызывают «какое-то першение в горле»; осторожный стук в дверь заставляет вздрагивать всем телом и причиняет «невыносимые» мучения («точно бьют молотом по голове»); громко произнесенное слово звенит в ушах и отдается острой головной болью; тихое приглашение к обеденному столу воспринимается как «раздирающий треск»; даже первые звуки собственного голоса кажутся иногда «такими же противными, как скрип железа по стеклу». «Звон дверных стеклянных створок, чей-то близящийся шаг, каждый шелест, каждый шорох громом рушится в ушах!» — говорит В.М. Тушнова о звуках, которые могут «жечься и колоть» («Ожидание»).

Одним из наиболее заурядных проявлений общей «гиперестезии чувствительности» становится диффузная или локальная кожная гиперестезия. Даже легкое прикосновение одежды порой доставляет этим больным несказанные мучения, и единственным приемлемым для них одеянием может оказаться подчас свободная ночная рубашка или специально сшитый, не прилегающий к телу «балахон» из мягкой материи. В отдельных случаях у женщин с эмоциональными расстройствами на фоне послеродовой астении кожная гипералгезия настолько велика, что они отказываются брать на руки своего ребенка. Выраженная гиперестезия сочетается нередко со спонтанными болезненными ощущениями в коже, достигающими иногда степени острых миалгий или невралгий. Наличие кожной гиперестезии и дезинтеграция сенсорных функций подтверждаются выявлением у этих больных так называемого реактивного алгического вегетативного синдрома; повышенная болезненность при пальпации особо чувствительных зон и изменение болевой адаптации к уколу сочетаются при этом с удлинением болевого последствия и наличием «островковых» нарушений чувствительности.

Чаще всего отмечается гиперестезия волосистой части головы, сопутствующая обычно жалобам на «страшную, дикую» головную боль. Любое, даже самое мимолетное прикосновение к голове при этом очень неприятно; сильный ветер, капли дождя и просто расчесывание волос подчас причиняют острую боль, а водные процедуры (особенно циркулярный душ) приводят в состояние крайнего раздражения. Резкая гиперестезия кожных покровов спины может сочетаться с миалгиями и невралгиями (как правило, при наличии в анамнезе болезненных ощущений в поясничной области или по ходу позвоночника). Малейшее дуновение даже теплого ветерка вызывает у таких больных очень неприятные ощущения в этой области, а случайное прикосновение к спинке стула заставляет их чуть ли не вскрикивать от боли.

Возможно, однако, и некоторое или даже значительное понижение тактильной и особенно болевой чувствительности кожных покровов и слизистых оболочек (вплоть до появления зон анестезии и гемиапестезии). Встречаются, например, анестезия слизистой оболочки носа (когда раздражение не вызывает чиханья) и глаз (когда даже попадание инородного тела не приводит к рефлекторному слезотечению и миганию) с отсутствием реакции зрачков на болевые и психические раздражители,

верхних дыхательных путей (когда вдыхание паров аммиака и других раздражающих веществ не сопровождается кашлем) и половых органов (с чем связана, вероятно, почти воинствующая подчас фригидность некоторых больных с истероипохондрическими расстройствами). Чаще всего речь идет, тем не менее, о чрезвычайно лабильной, «подвижной» анестезии, интенсивность и локализация которой очень быстро меняются под влиянием аффективно значимых для больного факторов (что далеко не всегда фиксируется лечащими врачами).

Резкая кожная гипестезия со снижением болевой и тактильной, а иногда и температурной чувствительности (порой в сочетании с анестезией слизистых оболочек) ложится в основу жалоб больных на «бесчувственность» или бледность и похолодание конечностей (преимущественно тыльных поверхностей кистей рук и стоп), ощущение онемения, замирания и даже омертвения в различных участках тела. Эта гипестезия в отдельных случаях настолько велика, что лишь ретроспективно, по выходе из острого аффективного состояния со страхом смерти от остановки сердца или кровоизлияния в мозг больные с удивлением обнаруживают и «чувствуют», например, ожоги, оставшиеся от бутылок и грелок с кипятком, которыми они обкладывали свои «ледяные» ноги.

Особый интерес представляют при этом местные, локализованные гиперестезии, сопровождающиеся подчас полной или относительной анестезией других областей. Огромное, нередко решающее влияние психологической установки и психического состояния этих больных на восприятие тех или иных болевых раздражений обуславливает чрезвычайную лабильность болевой чувствительности: «страшная боль», от которой пациент только что «криком кричал», без всякой видимой причины может вдруг исчезнуть, как по волшебству. С расстройствами кожной чувствительности и общей психической гипестезией связаны в известной мере случаи самоистязания и самоизувечения. Очень показательна в этом отношении отчетливая гипестезия (вплоть до полной анестезии) при хронической алкогольной интоксикации с депрессивно-ипохондрическими расстройствами, выявляемая у больных в моменты самоповреждений, при явной гиперестезии вне этих состояний.

Одним из наиболее мучительных частных проявлений психической гиперестезии при аффективных расстройствах в клинике невротических и особенно циклотимных состояний становится выраженная слуховая гиперестезия, сочетающаяся, как правило, со стойкими нарушениями сна. Непереносимость резких звуков («как будто не ушами, а головой, мозгом голым звук чувствую») делает таких пациентов очень трудными в быту и порождает неизбежные конфликты с окружающими. Чрезвычайная аффективная напряженность этих больных превращает их жизнь в «сплошное мучение», а ночи — в пытку: какие-то посторонние шумы и шорохи не дают заснуть, жужжание мухи доводит до отчаяния или даже до иступления, а чей-то безмятежный храп — до состояния злобы и ярости с готовностью «разнести все» и «вытрясти душу» из соседей по палате. «Я не мог заснуть днем, ночью меня мучит бессонница,