

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ-ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ В РАМКАХ НЕВРОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Е.Г. Королева, д.м.н., профессор; О.И. Василенко

УЗ «Гродненский государственный медицинский университет»

Деперсонализационно-дереализационный синдром встречается в рамках различных заболеваний. В международной классификации (МКБ-10) в разделе невротические расстройства его выделяют как отдельную нозологическую форму. Однако в практике в таком изолированном виде он встречается достаточно редко. Предполагается, что в его предиспозиции может лежать органическая природа. В связи с чем представляется интересным анализ такого случая в практической медицине. Представлен случай невротической природы деперсонализационно-дереализационного синдрома у 40-летнего мужчины.

Ключевые слова: деперсонализация, дереализация, невротический уровень.

Depersonalization-derealization syndrome occurs in various diseases. In the international classification of diseases (ICD-10) in the section of neurotic disorders it is identified as a separate nosological form. However, in practice, an isolated form is quite rare. It is assumed that it may be of organic nature. In this connection it is interesting to analyze such a case in practical medicine. A case of depersonalization-derealization syndrome of neurotic origin in a 40-year-old man is described in the article.

Keywords: depersonalization, derealization, neurotic level.

А.В. Снежневский пишет, что деперсонализация определяется как «расстройство самосознания, чувство изменения, утраты, отчуждения или раздвоения своего «Я»».

В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается в том, что больные ощущают внутреннюю измененность, касающуюся своих чувств и мыслей, которые становятся не похожими на прежние. Возможна утрата чувств: больные утверждают, что они не ощущают ни радости, ни горя, ни печали, ни раскаяния, нередко у них пропадает чувство сна. Кульминация описываемого состояния – утрата собственного «Я». В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется отчуждением чувства, мыслей, действий, иными словами, отчуждением собственного «Я».

И, наконец, деперсонализационные расстройства могут выражаться феноменом расщепления я, при котором больные ощущают раздвоение я, утверждают, что в них появилось как бы два человека, причем каждый из этих двоих по-разному воспринимает окружающее, думает и действует.

Дереализация – состояние, при котором окружающий мир, окружающая обстановка воспринимаются больными неотчетливо, неясно, как нечто бесцветное, призрачное, застывшее, безжизненное, декоративное, нереальное. Больные утрачивают чувственное восприятие предметов, лиц, которые представляются им отвлеченными, абстрактными, лишенными чувственного компонента.

К дереализации относятся явления уже виденного (уже слышанного, испытанного, пережитого) и никогда не виденного (не слышанного, не испытанного, не пережитого). В первом случае в знакомой обстановке возникает ощущение, что эта ситуация знакома, известна, что больной в ней находился прежде, во втором – хорошо известная обстановка кажется чуждой, увиденной впервые. Нарушается восприятие времени: оно кажется или медленно текущим, или необычайно стремительным.

Если явления деперсонализации и дереализации развиваются остро, то сопровождаются растерянностью, страхом, двигательным беспокойством.

Деперсонализационные и дереализационные расстройства наблюдаются при различных заболеваниях: при шизофрении, вяло протекающей или приступообразно-прогредиентной, в структуре депрессивных приступов циркулярного психоза, при эпилепсии (в форме пароксизмов), органических заболеваниях головного мозга,

наркомании, и у психически здоровых людей после острой психотравмирующей ситуации.

Деперсонализация может присутствовать как незначительный симптом в структуре психопатологического синдрома. Он может быть в рамках какого-либо психического расстройства, как существенный или доминирующий компонент психопатологического состояния (например, депрессивно-деперсонализационный синдром у больных депрессивным расстройством), или как единственный или ведущий компонент синдрома. В этом случае речь идет о деперсонализационном расстройстве или о деперсонализационном состоянии.

В современных классификациях психических расстройств деперсонализацию относят к различным группам психических нарушений: так, в DSM – IV деперсонализационное расстройство (300.6), относится к диссоциативным расстройствам, а в МКБ-10 синдром деперсонализации-дереализации (F 48.1) находится в разделе «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F 4).

Деперсонализация имеет тенденцию к затяжному течению и в некоторых случаях ее продолжительность составляет многие месяцы, и даже годы. Кроме того, деперсонализационные состояния характеризуются высокой терапевтической резистентностью.

Традиционно деперсонализацию подразделяют на аутопсихическую (нарушение восприятия своего «Я» (собственной личности), аллопсихическую или дереализацию (нарушение восприятия внешнего мира) и сомато-психическую (нарушение восприятия своего тела и его функций).

Для деперсонализации характерны утрата или снижение эмоционального компонента психических процессов. Больные жалуются на потерю или притупление чувства любви, привязанности к близким, окружающее воспринимается «тусклым», «бесцветным», как «через пленку» или «через мутное стекло». Возникает ощущение нереальности окружающего мира и собственной личности. В более тяжелых случаях у больных нарушается восприятие собственного «Я»: «стал чувствовать себя роботом, автоматом», «как будто пропала душа», «стал как неживой». Именно этот симптом дал название всему психическому расстройству – «деперсонализация». Возникает ощущение отсутствия мыслей (деперсонализация мышления) и воспоминаний (деперсонализация памяти). При этом нет чувства отнятия мыслей, т.е. проявления синдрома психического автоматизма. Утрачивается или притупляется ощущение знакомости, привычная

обстановка воспринимается как чуждая или малознакомая. Кроме ангедонии, характерной и для депрессии, отсутствуют или притуплены чувства тоски, гнева, жалости. Важным компонентом деперсонализации является нарушение восприятия времени: реальное, сиюминутное время протекает для больных долго, в крайне тяжелых случаях ощущение, что оно останавливается. Прощедшее время воспринимается как короткое, как пустое, поскольку события прошлого как бы не оставили следов в эмоциональной памяти.

К явлениям соматопсихической деперсонализации относятся отсутствие или притупление чувства голода, насыщения, сна, боли, температурной, тактильной и проприоцептивной чувствительности.

Патогенез деперсонализации, как и некоторых других психических заболеваний, недостаточно изучен. Во всех случаях деперсонализации предшествует интенсивная тревога, напряжение. Чаще всего деперсонализация возникает у гиперэмоциональных и/или тревожных личностей. Это позволяет рассматривать деперсонализацию как защитную реакцию на острый эмоциональный стресс, грозящий дезорганизацией психической деятельности или соматическими катастрофами (инсульт, инфаркт, гипертонический криз). В тех случаях, когда она длится короткое время, ее протективная роль не вызывает сомнения, если же деперсонализация носит затяжной характер, ее следует рассматривать, как патологическую реакцию, точнее, как патологическую защиту, которая сама становится основным содержанием болезненного процесса, в данном случае – психического заболевания.

В последнее время появились данные, указывающие на большое значение опиатной системы в патогенезе деперсонализации. Помимо давно известного сходства проявлений деперсонализации с действием опиатов (например, анальгетический эффект), обнаружено, что при реакции стресса в гипофизе, наряду с АКТГ, выделяются эндогенные опиаты – бета-эндорфины. Известно также, что тревога (стресс) является пусковым механизмом деперсонализации. Важным подтверждением участия опиатной системы являются предварительные данные об отчетливом терапевтическом действии у больных деперсонализацией блокатора опиатных рецепторов – налоксона.

Основное различие невротического уровня заключается в том, что больные деперсонализацией ощущают свою измененность, утрату остроты восприятия, тусклость эмоций и в той или иной степени страдают от этого.

У больных деперсонализацией относительно часто имеется органическая мозговая предрасположенность.

До настоящего времени единственным эффективным методом лечения деперсонализации являются бензодиазепиновые транквилизаторы.

Показаны малые, мягкие антидепрессанты сбалансированного действия (коаксил, пиразидол), мини-дозы мелипрамина, ноотропы. Дополнительно используются стимуляторы растительного происхождения, витамины, средства, улучшающие микроциркуляцию, антиоксиданты.

Больным, перенесшим психотравмирующую ситуацию, ставшую причиной деперсонализации, показана поддерживающая психотерапия.

Отсутствие достаточной ясности в вопросах диагностики отрицательно сказывается на целом ряде практических аспектов и затрудняет дифференцированный подход к фармакотерапии, психотерапии и восстановительному лечению больных с деперсонализацией. В связи с чем нам представляется интересным любой случай из практики, освещающий отдельные нюансы данного синдрома.

Мужчина, 40 лет, инженер на стройке, женат, имеет двоих детей. В анамнезе был достаточно здоровым, в институте занимался спортом. По характеру очень ответственный, несколько педантичный, внешне спокойный, выдержанный, но всегда беспокоился по поводу различных ситуаций на работе. На хорошем счету, с администрацией конфликтов не было. В течение последнего года стал испытывать боли в спине, слабели ноги. Выяснилось, что имеется грыжа позвоночника, по поводу которой был оперирован. Операция прошла удачно, но период реабилитации длился около 4-х месяцев, которые находился дома, практически без какой-либо работы. Стал скучать, был апатичен и на этом фоне за две недели до поступления в стационар развилось состояние, которое его напугало. Обратился к психотерапевтам за консультацией. Возникло ощущение измененности окружающего мира, стал его воспринимать «как через стекло», как очень отстраненный, себя – как выпавшего из этого мира. Не понимал, что с ним происходит, утратил чувство своего «Я», перестал испытывать какие-либо чувства к близким, не было чувства голода, чувства сна, не ощущал времени: «если бы мне завязали глаза, я бы не сказал, какое сейчас время суток», не чувствовал частей тела, «как онемевшие», «сверху что-то давило на голову», «ничего не соображаю».

При поступлении в стационар был крайне напряжен, испуганно смотрел на всякого, кто хотел с ним поговорить, взгляд подозрительный, настороженный. Категорически отказался говорить в присутствии студентов. И наедине с врачом отказался назвать свою фамилию, где работает: «зачем вам это?». Позже пояснил, что боялся чтобы не сообщили на работу о его болезни и того, что его могли бы уволить. Сам стал говорить, что с ним происходит что-то страшное, непонятное, что он «совсем сошел с ума». Сначала категорически отказывался от госпитализации. По мере беседы несколько успокоился, стал реагировать на шутки.

В процессе лечения в течение недели снялись страх, напряжение, тревога. Адекватно вел себя в отделении, общался с другими пациентами, несмотря на то, что прежние ощущения измененности окружающего мира и своего «Я» еще оставались. Затем вернулись и нормальные ощущения своего тела и окружающего мира.

При обследовании патологии выявлено не было, кроме врожденной (по предположению неврологов) кисты в правой височной области.

Был выставлен диагноз: дереализация-деперсонализация в рамках невротического расстройства. Поскольку данный синдром может встречаться в рамках эпилепсии, шизофрении, истерии, депрессии, было проведено и психологическое обследование.

Диагноз эпилепсии был исключен сразу, поскольку никогда не было соответствующей симптоматики. По анамнезу, психическому статусу и психологическому обследованию у больного не было выявлено ни истерических, ни шизофренических изменений личности. Данный синдром может встречаться также в рамках выраженного органического расстройства. Все проведенные обследования (в том числе ЯМР), кроме наличия небольшой кисты, не выявляют органической патологии. Возможно, данная киста могла сыграть роль легкой органической предиспозиции. Сама динамика заболевания: достаточно остро начавшаяся и быстро купировавшаяся в процессе лечения, быстро восстановившаяся критика к проявлениям заболевания, – говорят за невротический уровень данного расстройства. Вслед за снятием аффекта тревоги прошли страх, напряжение, а затем быстро купировалась и основная симптоматика.

Поступила 09.03.2011