

Skausmo pojūčiai sergant schizofrenija*

Pain perception in schizophrenia

Gerd HUBER, Gisela GROSS

Bonos universiteto psichiatrijos klinika

Psychiatric Clinic of the University of Bonn, Germany

*pagal pranešimą, skaitytą Bad Šionborno (Bad Schönborn) skausmo konferencijoje 1993 05 15

SANTRAUKA

Paskutiniu metu kalbant apie skausmą daug dėmesio skiriama lėtinių skausmo būklių problemoms. Beveik visi tyrinėjimai šia tema neskiria psichogeninių skausmų nuo skausmų sergant schizofrenija bei afektiniais sutrikimais. Šios etiopatogenetiškai ir praktiškai skirtingos skausmo formos vadinamos "psichogeniniais skausmais psichiatrijoje ir psichosomatiniėje medicinoje". Abi skausmo formos yra panašios tik tuo, kad jos negali būti objektyvizuotos įprastais mediciniais tyrimais. Nepaisant dalinio sutapimo, psichogeniškumo ir encefalogeniškumo "išraiškos bendrystės" (K.Schneider, V.von Weizsäcker), tiek psichopatologiškai, tiek praktiškai stebint ligos eigą, būtų galima ir reikėtų atskirti psichogeninius skausmus nuo senestopatinių skausmų ir pojūčių. Bonos bazinių simptomų įvertinimo ir dokumentacijos skalė (angl. *Bonn Schedule for the Assessment of Basic Symptoms* - BSABS) esant pradinei necharakteringai idiopatinį psichosindromų (schizofrenijos ir ciklotimijos) stadijai padeda atpažinti ir adekvačiai gydyti senestopatinius fenomenus, kurie dažniausiai klaidingai vadinami neuroze, *borderline* arba somatoforminiu sutrikimu ir yra tokie pat "neuroziniai" ir "psichogeniniai" kaip ir kokybiškai panašūs skausmai bei nemalonūs pojūčiai, esant gumburo ir limbinės sistemos sudirginimui. **Raktažodžiai:** skausmas, suvokimas, senestopatiniai fenomenai, schizofrenija.

SUMMARY

Among the pain problems currently great attention is paid to chronic pain states. Almost all investigations in this area do not differentiate psychogenic pains and pains, which take place in schizophrenia and affective disorders. Those different both in etiopathogenesis and in practice forms of pain are called "psychogenic pains in psychiatry and psychosomatic medicine". Those two forms of pain are similar by that fact, that both of them can not be objectivised with the help of ordinary evaluation. According to K.Schneider, V.von Weizsäcker, examining psychopathologically and practically course of illness, there is a need to differentiate psychogenic pains and senestopathic pains and sensations. Bonn Schedule for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) helps to recognise and treat adequately senestopathic phenomenons in the initial stage of schizophrenia and cyclothymia. The phenomenons are often erroneously called neurosis, borderline or somatoformic disorder and are "neurotic" and "psychogenic" as similar in quality pains and unpleasant sensations, caused by *thalamus* or *limbic* system irritation.

Key words: pain, perception, senestopathic phenomenons, schizophrenia.

Mūsų pranešimas turėtų parodyti, kad sergant schizofrenija būna centrinės nervų sistemos (CNS) nulemtos skausmo būsenos, kurios atsiranda ne kartu su schizofrenijos simptomais. CNS nulemtų skausmo būsenų būna ir schizoafektinių psichozių bei endogeninių ciklotiminių depresijų metu.

Endogeninių depresijų metu skausmai ir nemalonūs pojūčiai vadinami vitaliniais sutrikimais. Čia taip pat yra priskiriamos "larvuotos" depresijos. Kokybiškai vienodus skausmus ir pojūčius, t.y. 2-ros pakopos senestopatijas, mes nustatėme 30-čiai proc. ciklotimine depresija sirgusių žmonių dar prieš psichofarmakologijos erą 1953 m. K. Šneiderio Heidelbergo klinikoje. Tokiais atvejais mes kalbame apie senestopatinę endogeninę depresiją. Atliekant Bonos tyrimą 502 schizofrenija sirgę pacientai skundėsi skausmais ir nemaloniais pojūčiais, kurie kokybiškai skyrėsi nuo psichogeninių skausmų. 73 proc. atvejų jie tęsėsi dešimtmečiais, išskyrus psichozines fazes ir schizofrenijos priepuolius, pre- ir postpsichozinėse bazinėse stadijose.

SOMATIŠKAI NEPAGRĮSTAS SKAUSMAS

Ar galime schizofrenijos ir ciklotiminės depresijos metu atsirandančius sutrikusius somatinius pojūčius vadinti skausmais? Saugu, kai mes vartojame įprastą skausmo apibrėžimą: "labai nemalonūs pojūčiai" arba "nemalonus pojūčio išgyvenimas".

Labai paplitusi diferenciacija tarp mediciniškai objektyvizuojamų ir mediciniškai neobjektyvizuojamų skausmų, kuriems priskiriami psichogeniniai skausmai arba, pagal TLK-10 klasifikaciją - somatoforminiai sutrikimai (TLK-10 F45), nustatomi po pakartotinių neigiamų medicininių tyrimų rezultatų.

Literatūroje prie psichogeninių skausmų taip pat priskiriami skausmai, atsirandantys esant schizofrenijai ir ciklotimijai. Tai klaida, nors jie, kaip ir psichogeniniai skausmai, nėra nulemti somatinių ligų, nepaisant, kad jie ir būdingi endogeninėms psichozėms. Vis dėlto tai nėra psichogeniniai skausmai, o daug daugiau encefalogeniški - "patologinių smegenų funkcijos pakitimų" išraiška. Psichiatrijos ir jai artimų mokslų tyrinėtojai šiam fenomenui, bendrai vadinamam schizofreninių ir kitų idiopatinį psichosindromų somatohipoteze, priskyrė daugelį požymių. Mes tai aprašėme mūsų vadovėlyje (1994) ir Kindeler'io "20-to amžiaus psichologijoje".

CNS FENOMENAS

Suprantama, galima sakyti, kad kiekvienas, tiek psichogeninis, tiek su pirminiais ekstrakranijiniais, vidaus ir kitų organų sutrikimais susijęs skausmas yra nulemtas CNS, kadangi kiekvienu atveju skausmas suvokiamas kaip "esantis kūne", yra sąmonės ir kartu centrinės nervų sistemos fenome-

nas. Galima išskirti psichinį ir psichinį-afektinį skausmo pojūčio komponentus. Skausmo suvokimas ir skausmo pojūtis skiriasi. Dažniausiai skausmas kyla periferijoje dirginant specialiuosius receptorių, neuronus arba jų aferentines ataugas. Šios periferijos ypatybės CNS neturi: CNS vaidmuo suvokiant ir išlaikant skausmą yra kur kas kompleksiškesnis nei periferinės nervų sistemos (NS).

Klasikinė psichiatrija, ilgą laiką absoliutindama radikalią sąmonės ir kūno simptomų bei psichopatologinių ir neurologinių simptomų heterogeniškumo tezę, pamiršo, kad egzistuoja ir neurologinė-psichopatologinė, organinė-endogeninė pereinamoji ir tarpinė simptomatika, kuri 5-ojo dešimtmečio viduryje buvo pradėta vadinti senestopatijomis, o vėliau – kognityviniais suvokimo, mąstymo ir elgesio sutrikimais. Tai yra baziniai simptomai, iš kurių vėliau išsivysto produktyvieji psichoziniai schizofrenijos pirmojo rango simptomai.

IKI ŠIOL SUNKI DIFERENCIACIJA

Mes laikomės tvirtos pažiūros, kad skausmo sindromai:

- psichogeniniai-psichosomatiniai skausmo sindromai sergant neurozėmis,
- skausmo sindromai sergant žinomomis smegenų ligomis,
- skausmai sergant schizofrenija ir afektiniais psichosindromais.

Tik pirmoji forma yra “grynai psichiškai nulemta”. Beveik visi lėtinio skausmo sindromų tyrimai, taip pat ir federacinės vyriausybės užsakymu parengta skausmo anketa, neskiria psichogeninių skausmų ir skausmų, atsirandančių esant schizofrenijai bei ciklotimijai, ir vadina šias etiopatogenetiškai ir praktiškai besiskiriančias skausmo formas bendru pavadinimu – “psichogeniniai skausmai psichiatrijoje ir psichosomatinėje medicinoje”.

Tam yra pagrindo todėl, kad abi skausmų formos nėra mediciniškai objektyvizuojamos. Naudodami įprastus tyrimo metodus, taip pat ir neurochemines, neurofiziologines, neuroradiologines ir kitokias metodikas, mes negalime tiksliai atskirti schizofreninių ir afektinų psichozijų nuo neurozinių-psichosomatinių sutrikimų. Taigi nepaisydami genezės, klausimo, ar būseną yra suprantama, ar ji gali būti paaiškinta biografiškai-psichodinamiškai, pirmiausia kreipiame dėmesį į sindromo psichopatologiją ir fenomenologiją.

PANAŠUMAI

Vis dėlto yra plati “persidengimo” sritis tarp neurozių ir somatogeninių bei endogeninių psichozijų. V. fon Veiczekeris, kuris kalbėjo apie dalinę psichogeniškumo ir encefalogeniškumo “išraiškos bendrystę”, ir K. Šneideris čia sutaria. Pagal K. Šneiderį tarp endogeninių ir somatogeninių psichozijų ir neurozinių-psichopatinių asmenybės sutrikimų yra esminių panašių simptomų, kurie pasireiškia psichozės pradžioje ir esant švelniai eigai, taip pat išlieka protrahuotose pre- ir postpsichozės stadijose. Šioje “sutapimo” zonoje tarp neurozinės ir psichozinės kilmės skausmų taip pat egzistuoja “išraiškos bendrystė”.

TRYS SENESTOPATINIO SKAUSMO POJŪČIO PAKOPOS

Tai reiškia, kad nedidelio schizofrenijos ir ciklotimijos proceso aktyvumo stadijose sunku arba beveik neįmanoma senestopatinių skausmų atskirti nuo psichogeninių skausmų ir pojū-

čių: skausmai esant schizofrenijai vertinami kaip psichogeniniai, psichogeniniai skausmo simptomai – kaip organiniai.

Diferencinei diagnostikai yra svarbūs 700 schizofrenija sirgusių pacientų stebėjimo rezultatai, kurie padėjo nustatyti 3-jų pakopų senestopatinių skausmų psichopatologinę diferenciaciją.

Dar 1957 m., pirmą kartą aprašydamas šį reiškinių, Huber pažymėjo, kad prodrome ir rezidualinėse būsenose vienam ir tam pačiam pacientui visiškai necharakteringą, diagnostiškai neutralų skausmą (1-ma pakopa) gali pakeisti kokybiškai saviti skausmai ir kūno pojūčiai (2-ra pakopa), o juos gali pakeisti kūno poveikio pojūčiai, t.y. kūno haliucinacijos su “dirbtinumo” kriterijumi (skausmai “yra padaromi” svetimų žmonių ir jėgų – 3-čia pakopa). 1-a pakopa yra skausmai, egzistuojantys ir psichogeninių skausmo sindromų metu, 2-ra pakopa – skausmai ir pojūčiai, pasižymintys savitumu. Iš jų gali išsivystyti kūno poveikio pojūčiai, kuriuos iš pradžių Huber ir Gross pastebėjo pavieniais atvejais, o 1988 m. von Klosterkötter tai aprašė savo sisteminiame tyrime apie perėjimą nuo bazinių simptomų iki produktyviųjų-psichozinių galutinių fenomenų (122 pacientai).

Inicialinių ir popsichozinių 1-ros pakopos sindromų šiose stadijose, jei nėra kitų schizofrenijai būdingų simptomų, neįmanoma atskirti nuo psichogeninių skausmų. Tai pavyksta padaryti 2-je pakopoje, kadangi senestopatijos yra glaudžiai susijusios su vegetaciniais sutrikimais ir afektiniais pokyčiais: nuotaika keičiasi nuo žvalios iki apatinės, nuo jaudriai-baimingos iki indiferecinės, įvyksta visiška skausmų absorbcija arba disociacija nuo afekto ir klinikos. 2-ros pakopos – senestopatijų – kriterijai yra: paroksizminis atsiradimo pobūdis, greiti intensyvumo ir kokybės pokyčiai, subjektyvus naujumo ir kitoniškumo pojūtis, priešingai nei jau pažįstami skausmai ir tai, kad būklę sunku apibūdinti tiek pacientams, tiek tyrėjams. Kadangi nėra adekvačių verbalizavimo galimybių, dažnai pacientai nusako juos su kuo nors palygiudami, sakydami – “kažkaip”, “tarytum”; antrinis perdirbimas ir performavimas leidžia išvelgti sąmoningą branduolį, ir negalavimų vaizdavimas pasirodo besąs miglotas, amorfiškas, netikras, “įmantrus”.

DIAGNOZĖ PO DAUGYBĖS METŲ

Sergančiųjų schizofrenija inicialinės dizestezinės krizės, pasireiškiančios skausmais, vegetaciniais sutrikimais (pvz., tachikardija ar bradikardija) ir elementaria mirties baime, dažnai yra palaikomos neurozine kardiofobija ar panikos priepuoliais. Kadangi psichozės fenomenai būna tik paūmėjimų metu, o 1-ojo rango schizofrenijos simptomai esant senestopatinei schizofrenijai atsiranda tik praėjus vidutiniškai 10,4 metų nuo ligos pradžios, diagnozė priklauso išimtinai nuo tyrimo laiko ir paprastai įmanoma tik po ilgesnio stebėjimo. Tai yra sunku, nes tokie pacientai retai kreipiasi į psichiatrus, o jei jie ir gydosi, tai paprastai jų negalavimai laikomi psichosomatiniais sutrikimais, neuroze arba – pagal TLK-10 – “somatoforminiais sutrikimais”, t.y. nustatoma klaidinga diagnozė.

Iš gausybės mūsų pacientų skausmų ir pojūčių mes išskyrėme 15 dažniausiai pasitaikančių tipų (lentelė). Įvairūs senestopatinių skausmų ir pojūčių tipai yra Bonos bazinių simptomų

įvertinimo skalėje BSABS, kuri sudaryta remiantis išimtinai pačių pacientų pasisakymais. Šie skausmai atspindi tipiškas būsenas. Juo labiau senestopatijos dažnėja ir siejasi su afektiniais pokyčiais, juo labiau šie skausmai rodo, kad yra idiopatinis schizofreninis ar panašus psichosindromas. Tada jie retai supainiojami su psichosomatiniiais sutrikimais.

Leutelė. Įvairūs schizofreninių kūno pojūčių sutrikimo tipai (kategorija d BSABS)

Senestopatijos

Kurtumo ir nutirpimo pojūčiai.

Savo kūno svetimumo pojūtis – somatopsichinė depersonalizacija.

Motorinio silpnumo pojūčiai (paralyžiaus pojūčiai).

Labiau perfrazuoti skausmo pojūčiai.

Paviršiaus pojūčiai.

Įelektrinimo pojūčiai.

Terminiai pojūčiai (karščio ir šalčio pojūčiai).

Judėjimo, tempimo ir spaudimo pojūčiai kūno viduje arba kūno paviršiuje.

Nenormalaus sunkumo, lengvumo ir tuštumo pojūčiai, kritimo ir grimzdimo, levitacijos ir elevacijos fenomenai.

Kūno sumažėjimo, susitraukimo ir suveržimo, padidėjimo ir išsitempimo pojūčiai.

Kinesteziniai pojūčiai.

Vestibuliariniai pojūčiai. Kokybiškai vienodi lygsvaros ir svorio sutrikimai.

Sensorinės ir akustinės dizestezijos.

Nerubrifikuotos senestopatijos.

Dizestezinės krizės.

Paroksizminės (neišprovokuotos, endogeninės) baimės būsenos be senestopatijų.

SUNKI DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA

Kai hipochondrijos metu, be būdingų sindromų, atsiranda šie skausmo pojūčiai, atsisakoma psichoreaktyvios hipochondrijos arba somatoforminių sutrikimų diagnozės ir įtariama endogeninė senestopatija. Praktiškai tai reiškia, kad tokias būsenas visais atvejais galima gydyti neuroleptikais, antidepresantais kartu su palaikomąja psichoterapija, o ne brangia analitiškai orientuota psichoterapija.

Atsiriboti nuo psichogeninių skausmo sindromų bei nuo organinių skausmų yra sunku ir neįmanoma, jei pateikiama tik I pakopa – hipochondrizmai. Kaip mes 1957 m. modifikuodami fon Veiczekerio apibūdinimą rasėme: sindromo skerspjūvis tada leidžia nespřesti, kas iš dviejų – kūnas ar siela – pradėjo “bendrą hipochondrinį kompleksą”, ar “hipochondrinės nuostatos” yra reakcinės, ar daugiau nulemtos savistabos ir/ar emocijų konfliktų, ar iš tikrųjų patirti kokybiškai nenormalūs skausmo pojūčiai sudarė “*primum movens*”.

Teisingą diagnozę galima nustatyti įvertinant bendrą viso gyvenimo istoriją, atlikus sindromo išsivystymo ir, jei yra, psichodinaminių sąsajų analizę. Esant psichogeniniams skausmams nustatomas pirminis subjektyviai svarus konfliktas ir/ar

pirminė klaidinga psichinė nuostata, o esant schizofreninės ir endogeninės-depresinės kilmės senestopatijoms pirminiai yra skausmo pojūčiai.

NEPAKANKAMAS DĖMESYS IR DAŽNAI KLAIDINGAS VERTINIMAS

Dar ir šiandien idiopatinų sindromų senestopatijos nėra teisingai įvertinamos, t.y. vertinamos kaip hipochondrinės, nors šie pacientai yra tokie pat hipochondriniai, kaip ir priklausomo nuo meskalino asmens probandas ar gumburo patologija sergantis ligonis, kuriam, pagal Šusterį (Schuster, 1936), pasireiškia “paslaptingas hiperpatijos ir spontaninio skausmo kompleksas”.

Visiškai panašų į schizofreninius senestopatinų skausmų būna, kaip mes 1957 m. nustatėme, ir žinomų smegenų ligų, pvz., auglių, uždegiminių, kraujagyslinių, trauminių pažeidimų ir atrofinių procesų metu. Praktiškai yra svarbios atrofines senestopatijos, pvz., esant kraujagyslinei encefalopatijai. Taip pat ir vadinamasis dermatozoinis kliesdys dažniausiai išsivysto po skausmų bei pojūčių, kurie ilgą laiką išgyvenami kaip senestopatijos ir yra aprašomos “kažkaip” ar “tarytum” forma.

Daugelis tyrimų įrodė schizofreninių senestopatijų giminingumą su spontaniniais pojūčiais, esant gumburo ir limbinės sistemos sudirginimui po meskalino ir LSD pavartojimo, sergant psichomotorine epilepsija, postencefalitiniu parkinsonizmu ir benzodiazepinine abstinencija. Ir čia randama daugybė perėjimų prie kūno haliucinacijų, vidinė sąsaja su elementariais afektiniais sutrikimais ir visiška dėmesio absorbcija skausmo pojūčiais. Iš 59 pacientų, kuriems buvo židinių tarpinių smegenų simptomų, 34 proc. buvo 2-ros pakopos senestopatijų. 2 pacientams nustatytas senestopatinis-schizofreninis sindromas, kuris, kaip tai būdinga senestopatiniams pojūčiams, išsivystė anksčiau nei praėjo vienpusis neurologinis “gumburo” sindromas.

Trumpai aprašyta Vurstmano (Wurstmann) ir bendradarbių pacientė, kuriai ir laboratoriskai, ir neuroradiologiškai, ir elektrofiziologiškai patvirtinta išsėtinė sklerozė. Jai, šalia depresinės nuotaikos bei kognityvinių sutrikimų, ir nesant neurologinių simptomų, ilgą laiką buvo daugiųjų senestopatinų pojūčių, kurie autorių buvo vertinami kaip organiniai apibrėžti “substiatui artimi baziniai simptomai”. Kaip paaiškėja, psichogeninių skausmo sindromų diferencinė diagnostika apima ne tik somatines ir žinomas smegenų ligas, bet ir senestopatinį schizofreninės ir ciklotiminės grupės sindromą. Hipochondrinis sindromas laikomas psichoreaktyviu-neurozinu sutrikimu tik tada, kai yra apčiuopiamas pakankamas motyvas bei teigiama psichogeneze ir, remiantis jau minėtais kriterijais, geriausiai pateikiamais Bonos skalėje (BSABS), atmetamas senestopatinis sindromas.

Kaip mūsų ankstyvo atpažinimo tyrimas parodė, daugybė sutrikimų, vadinamųjų neurozinių ir somatoforminių sindromų, yra ne kas kita kaip schizofrenija: 30-čiai proc. (n=96) BSABS tirtų menamų neurozėmis sergančių pacientų katamneziniu laikotarpiu vidutiniškai po 7-rių metų išsivystė I-o rango schizofrenijos simptomų, dar 24-iems proc. – schizofreninės 2-ojo rango psichozės. Psichopatologiniai prediktoriai, kurie parodo padidėjusią perėjimo į schizofreninę psichozę ir

zika, yra ne tik kognityviniai mąstymo, suvokimo ir motorikos sutrikimai, bet ir 2-os pakopos senestopatijos.

GYDYMAS

Psichogeninių ir senestopatinių skausmo sindromų atskyrimas taip pat labai svarbus praktiniu terapiniu požiūriu. Mes skiriame, pvz., amitriptilino (200 mg) ir tioridazino (300-600 mg) derinį; šalia amitriptilino grupės antidepresanto galima skirti ir didelės potencijos neuroleptikų, tokių kaip haloperidolis, flufenazinas ar pimozidas; esant ažitacijai kartu su senestopatiniiais sindromais ir perėjimu į psichozę artimą ar psichozinę fazę, indikuotini didelės potencijos neuroleptikai. Esant neaktyviems "gryniems" deficiti-

niams sindromams ir senestopatijoms, mes skiriame profiluotų, energiją didinančių dezipramino tipo timoleptikų (nortriptilino, 50-150 mg). Taikant ilgalaikį palaikomąjį gydymą šiais vaistais, daugybė senestopatijų vargintų pacientų pasveiko ir yra darbingi.

Vis dėlto nuolat susiduriame su klaidingai diagnozuotais ir neadekvačiai gydytais senestopatiniiais skausmo sindromais, kurie chronifikuoja endogeninę psichozę. Mes viliamės, kad naujieji antipsichotikai, pvz., risperidonas, kurie, be pozityviųjų, mažina ir negatyvius simptomus, bus veiksmingi esant ne tik negatyviajai simptomatikai, bet ir daugelį metų besivystantiems, prognozės požiūriu palankesniems baziniams simptomams bei senestopatijoms.

LITERATŪRA:

1. Gross G., Huber G., Klosterkötter J. et al. BSABS. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (Bonn Scale for the Assessment for Basic Symptoms). - Berlin, Springer, 1987.
2. Gross G., Huber G., Klosterkötter J. Early diagnosis of schizophrenia // *Neurology, Psychiatry and Brain Reserach.* - 1992, vol. 1, p.17-22.
3. Huber G. Die coenästhetische Schizophrenie // *Fortschr. Neurol. Psychiat.* - 1957, vol. 25, p. 491-520.
4. Huber G. *Psychiatrie. Lehrtext für Studenten und Ärzte.* 5. - Stuttgart, Schattauer, 1994.

Vertė gyd. Aušra Deksnytė
Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė

Gauta: 2001 11 05
Priimta spaudai: 2002 01 07