

УДК 159.9.072

А. И. Мелёхин

## БОЛЕЗНЬ ЖЖЕНИЯ ВО РТУ ИЛИ СИНДРОМ ПЫЛАЮЩЕГО РТА: ВЗГЛЯД КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Гуманитарный институт имени П. А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация

Болезнь жжения во рту (*burning mouth disease*), также называемая синдромом «жжения во рту» (*burning mouth syndrome*), является загадочным заболеванием как для пациента, так и для врачей. Когда заболевание вовремя не распознается, пациент может подвергнуться широкому спектру избыточных методов лечения, включая стоматологические, хирургические процедуры и излишняя психотерапия (например, гипнотерапия) с назначением спектра препаратов.

За последние во всем мире у специалистов в области психического здоровья данное расстройство вызывает реакцию смутения в связи с тем, что окончательного клинического руководства по обследованию и ведению пациентов не существует из-за сложности в патофизиологии и многофакторности [2]. Следует также учитывать, что, ввиду плохо изученной этиологии, лечение может, в лучшем случае, быть только симптоматическим и может облегчить симптомы. Следует признать многофакторный этиопатогенез синдрома жжения во рту, при котором участвуют периферическая мелковолокнистая невропатия, вовлекающая А-дельта и С-немиелинизированные волокна тройничного нерва, дисфункция «мозговой сети» восприятия боли в том числе и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. У данной группы пациентов наблюдается усиленное восприятие боли, ощущений из тела, что может быть связано с более высокой частотой гиперинтенсивности белого вещества в головном мозге, главным образом в лобной, теменно-затылочной и височной областях [1]. Также психологические факторы играют определенную роль в сбое центральной сенсibilизации, обработки боли, ощущений и регуляции эмоций.

Ведение данной группы пациентов представляет проблему для клиницистов, особенно когда имеются сопутствующие психологические заболевания, такие как тревожный спектр расстройство, депрессия, обсессив-

но-компульсивное расстройство и расстройства личности. Пациенты с также сообщают о значительном снижении качества сна, сильном чувстве одиночества, предательства, «непонятости», «разочарованности», «накопленных обидах, которые не выражают», состоянии «отчаяния».

В прошлом существовало твердое убеждение, что болезнь жжения во рту вызвана исключительно психическими заболеваниями, такими как депрессия, тревога, стресс и канцерофобией (преувеличенный страх заболеть раком), а также тревогой о здоровье. Нынешняя точка зрения заключается в том, что расстройство, скорее всего, вызвано изменениям в функции нервной активности. Что вызывает это изменение и почему оно особенно влияет на язык, неизвестно. На самом деле, данное расстройство можно рассматривать в первую очередь как хроническую невропатическую боль. Общая связь с признаками психических заболеваний, таких как депрессия и тревога, возможно, может быть объяснена как результат — а не причина — неблагоприятных симптомов.

Данный синдром согласно определению IASP, IHS, WHO и MICDH-III относится к форме болевого синдрома, а точнее форме хронической орофациальной боли (глоссодиния, глоссопироз, глоссалгия, стоматодиния), которая может сочетаться с другими формами соматизации. Гипертония, гиперхолестеринемия, гипергомоцистеинемия, гипотиреоз и гастроэзофагеальный рефлюкс в дополнение к расстройствам настроения являются наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями, связанными с данным расстройством [1].

Большинство пациентов демонстрируют необъяснимые экстраоральные соматические симптомы, такие как офтальмодиния, шум в ушах, головокружение, боль в животе или другие болевые состояния такие как фибромиалгия, синдром хронической усталости, вульвадиния, боль в пояснице и висцеральная боль

У пациента наблюдается внутриротовое жжение или дизэстетическое ощущение, которое повторяется ежедневно более двух часов в день в течение более трех месяцев при отсутствии клинически очевидных поражений. Дискомфорт двусторонний, и наиболее сильно поражается слизистая оболочка полости рта и языка, хотя при осмотре они кажутся здоровыми, однако изменения все же есть.

Пациенты часто описывают дискомфорт как «покалывание», «онемение», «зуд», «ощущение сухости/стянутости», «ощущение покраснения», как «рана на языке». Сопутствующие симптомы включают сухость во рту (ксеростомия), изменение вкуса (дисгевзия) и парестезии полости рта.

#### **Пусковые, триггерные факторы:**

Начало, как правило, спонтанное, но некоторые пациенты сообщали о предшествующих:

- стоматологических процедурах (есть дентальная тревога + применение большого количества процедур с обезболиванием) прием определенной группы лекарств;
- стрессовые жизненные события (рождение детей, семейный дистресс, борьба с несправедливостью, дополнительная финансовая нагрузка, предательство, потери, эмоциональная депривация, «эмоциональный накал»)
- наличие постоянно действующей тревожности (ситуативной и личностной), жесткие стандарты, придирчивость, самопожертвование и др.

У большинства пациентов симптомы проявляются каждый день в течение нескольких месяцев или даже лет. У многих омы отсутствуют при пробуждении, но возникают и усиливаются в течение дня, не мешая пациенту засыпать ночью. У ряда пациентов боль и нетрудоспособность действительно усиливаются с течением дня. Наши зарубежные коллеги пришли к выводу, что дисфункция циркадного ритма (внутренних часов организма) может способствовать проявлению симптомов жжения во рту в течение дня. У большинства пациентов ощущение жжения уменьшается во время приема пищи, питья холодных напитков, использования жевательной резинки, а также во время работы или отвлечения внимания. Острая или кислая пища/ жидкости или алкогольные напитки, стресс и усталость часто усиливают ощущение жжения.

Психологический стресс (восприятие ситуации как стрессовой) может изменить восприятие вкуса и, следовательно, усиливают ощущение жжения во рту, а также другие *оральные симптомы* данного расстройства.

Диагноз синдром жжения во рту часто ставится путем исключения, и диагностический процесс должен включать интервью для анализа специфики дискомфортных проявлений; клиническое обследование, включая анализ слизистых оболочек и возможных местных и системных причин; измерение потока слюны и вкусовой функции; микробиологические мазки для подтверждения подозрений на бактериальное (или вирусное или грибковое) поражение; аллергены; исследование желудочного рефлюкса; анализы крови для оценки состояния питания; гормональные тесты; и обследования для исключения аутоиммунных заболеваний [1].

Наблюдая данных пациентов с позиции клинического психолога, мы отметили наличие у них *парафункциональных привычек полости рта*:

- кусание/прикусывание щек/языка;
- кусание губ + сжаты кулаки, подняты плечи, задержка дыхания;
- часто пьют воду на приеме у специалиста;
- дневной бруксизм;
- с утра или в течение дня в зеркале осматривают язык. Оральный поиск со стремление быстро заесть ощущение.
- наличие чувствительного рвотного рефлекса (не всегда могут чистить зубы, посещать стоматолога).

Другим примером парафункциональной привычки является высовывание языка, когда кончик языка постоянно прижимается к верхним или нижним зубам. Еще одной парафункциональной привычкой является *бруксизм* (скрежетание зубами), особенно во время сна или даже в течение дня. Сообщалось о нескольких исследованиях, в которых предполагалось, что парафункциональные привычки полости рта играют определенную роль в развитии данного расстройства [2].

У пациентов парафункциональные привычки полости рта в значительной степени сопряжены с *тревогой ожидания*. Психологические проблемы могут вызвать парафункциональные привычки полости рта, которые в итоге могут привести к невропатическим изменениям слизистой оболочки полости рта

из-за повреждения небольших нервных волокон [2].

Некоторые пациенты с синдромом жжения во рту ссылаются на недавнее лечение зубов как на причину своих симптомов. Это убеждение применимо ко всем видам стоматологических процедур, включая лечение корневых каналов и удаление зубов. В связи с этим следует учитывать фактор дентальной тревоги у данной группы пациентов.

Стоит учитывать, что данное расстройство поражает больше женщин, чем мужчин, с соотношением 7:2. Средний возраст на момент постановки диагноза составлял 59,4 года (диапазон: 25-83 лет), причем наибольшая распространенность отмечалась у женщин в возрасте 35-55 лет. Несколько пациентов (приблизительно 3%) испытывают полную и спонтанную ремиссию симптомов. У 50% пациентов спонтанная ремиссия наступает в течение 6-7 лет.

#### Формы и типы синдрома жжения во рту [1]:

- «Первичный» (идиопатический), который характеризуется неизвестной локальной или системной причиной и вовлечением центральных и периферических нейропатических путей
- «Вторичный», который вызван «местными» системными или психологическими факторами
- *Тип I*, который характеризуется ощущением жжения во рту и языке в течение дня и не связан с психическими расстройствами (состоянием);
- *Тип II*, который характеризуется постоянной болью в течение дня и связан с психическими расстройствами, особенно хронической тревогой;
- *Тип III*, который характеризуется периодической болью с нетипичной локализацией, например, в области слизистой оболочки щеки или корня языка, связанным контактным стоматитом, реакциями на пищевые добавки и вовлечением неуточненных психических расстройств.

В другой классификации выделяются следующие типы:

- полномасштабный (боль в слизистой оболочке, нарушение вкуса и сухость во рту)
- боль и нарушение вкуса, или боль и сухость во рту,
- только боль.

Обследовав на протяжении трех лет данную группу пациентов, мы наблюдали у них выраженные симптомы тревожного спектра состояний (чрезмерная когнитивная/соматическая гипермобилизация) и депрессий. Роль расстройств настроения в развитии не совсем ясна, поскольку до сих пор существуют разногласия относительно того, являются ли психогенные факторы «первичными» или «вторичными» явлениями у пациентов, но несомненно, что они являются усугубляющими факторами

Наблюдаются следующие ранние когнитивные схемы по шкале YSQ:

- «Уязвимость»;
- «Неразвитая идентичность»;
- «Жесткие стандарты»;
- «Покорность/самопожертвование»;
- «Поиск одобрения».

Со стороны эмоциональной регуляции применяя для обследования *шкалу BDHI* мы отметили наличие физической, косвенной агрессии, обиды, и высокий индекс враждебности. Трудности выражения и подавления агрессивности (раздражительности, гнева). Непонятость. Обида. Негативизм.

Сами пациенты отмечают, что насильственно соглашаются со всем и не показывая, что злятся, «внутри ощущают термометр горячий», убеждены что нужно быть «удобными, податливыми, услужливым». Присутствует страх «властных» людей («я как маленькая»).

Синдром пылающего рта можно рассматривать как «маску» депрессии, а точнее ее формы депрессии покинутости (непонятности).

Симптом является выражением нарциссической раны, нарциссической хрупкости (обследование по шкале PNI). Отсутствие внутреннего ценностного компаса куда двигаться в жизни приводит к ощущению «жизненной грусти», «психомоторной остановки», «растерянности», которые полностью или от части могут быть скрыты соматической симптоматикой.

У пациентов наблюдается *отсутствие автономии*. Присутствует неспособность осознать депрессию и разлуку (работу утраты).

Жжение во рту является симптомом, возникающим в результате сложной динамики, от истерической конверсии до неспособности осознать разделение (развод, потеря отношений, дети становятся взрослыми) и ошибки «сбое» в нарциссическом ядре (чувстве идентичности, «А что мое», «кто Я?») [4].

По шкале SCL-90-R у данных пациентов наблюдаются выраженные показатели по соматизации, обсессивно-компульсивного расстройства, депрессии, тревога, враждебность, фобическая тревога, психотизм. В связи с этим можно говорить, что синдром пылающего рта — *соматоформное расстройство, форма телесного-дистресса* так как:

- стрессовые жизненные события предшествуют синдрому;
- большинство пациентов имеют психические расстройства или историю психиатрического лечения до наступления синдрома;
- проявляется у пожилых женщин (65+) в силу специфических биологических и/или психологических факторов;
- 79 % пациентов имеют алекситимию (по обследованию с помощью шкалы TAS-20, трудности идентификации и описания чувств) [4];
- нарушение регуляции негативного аффекта;
- нарушение символического мышления, ограниченная фантазийная жизнь;
- внешне ориентированный когнитивный стиль;
- трудности в отличии чувств от телесных ощущений, а также нарушения интуиции и эмпатии.

У женщин более высокие Т-баллы по шкале SCL-90-R по соматизации, обсессивно-компульсивным и параноидальным идеям.

#### **Психологические факторы, приводящие к синдрому жжения во рту:**

- режим соответствия (хочу доказать, объяснить, изменить);
- преграды («Не могу выполнить...»);
- работа утраты (потеря матери, нехватка отца);
- «суперэмоциональная», «фаллическая мать» (не хочу быть такой же);
- фаллический нарциссизм («доказать», «бороться», «несправедливо», «эффективно», «усердно», «все успевать», «езде быть»);
- стремление к истощению (режим что-то делать, «загоняя себя как лошадь»);
- привилегированность. Борьба с несправедливостью;
- изменения в профессиональной идентичности;
- срывы на ребенка с самообвинением («язык мой враг мой»);

- склонность к формированию фобий. Например, сильная тревога по поводу опухоли слюнной железы — ипохондрическая идея.

Алгоритм диагностики представлен нами на рисунке 1.

Диагноз «первичного» синдрома жжения во рту является клинической задачей и может быть установлен только путем исключения других системных или местных нарушений, которые могут вызывать боль в полости рта. Поэтому, клиницисты, после тщательного клинического обследования полости рта, должны собрать исчерпывающий анамнез, информацию о принимаемых лекарствах и истории психических заболеваний (состояний). Кроме того, крайне важно оценить *психологический профиль* и *профиль сна* (подключение клинического психолога).

Хорошо известно, что данное расстройство может быть связано с психогенными факторами, такими как тревога и депрессия. Однако принятие пациентами возможного связанного с этим психогенного расстройства может стать серьезным препятствием. Кроме того, нет убедительных исследований, подтверждающих ценность психосоциального вмешательства у пациентов. Пациенты, которые впали в депрессию или беспокорство из-за симптомов жжения во рту, могут быть направлены к когнитивно-поведенческому терапевту. Когнитивно-поведенческая терапия направлена на то, чтобы повлиять на модели мышления или поведения с целью принятия проблем, с которыми сталкиваются пациенты, и справиться с ними. К сожалению, качественных исследований не хватает.

Только недавно в зарубежной практике начали применяться интегративные подходы психообразование + психотерапия + психофармакотерапия [1; 3]. Недавно начались исследования психодинамического подхода и интерперсональной терапии. Показано о значительном улучшении симптомов после специализированных протоколов. КПП. Был опубликован обзор тактики лечения пациентов, успешно пролеченных с использованием комбинации КПП + сертралина. Сравнивались эффекты только КПП, только альфа-липоевой кислоты и комбинированной терапии (КПП+ альфа-липоевая кислота [1]). Комбинированная терапия была более эффективной, чем отдельные методы лечения [3].

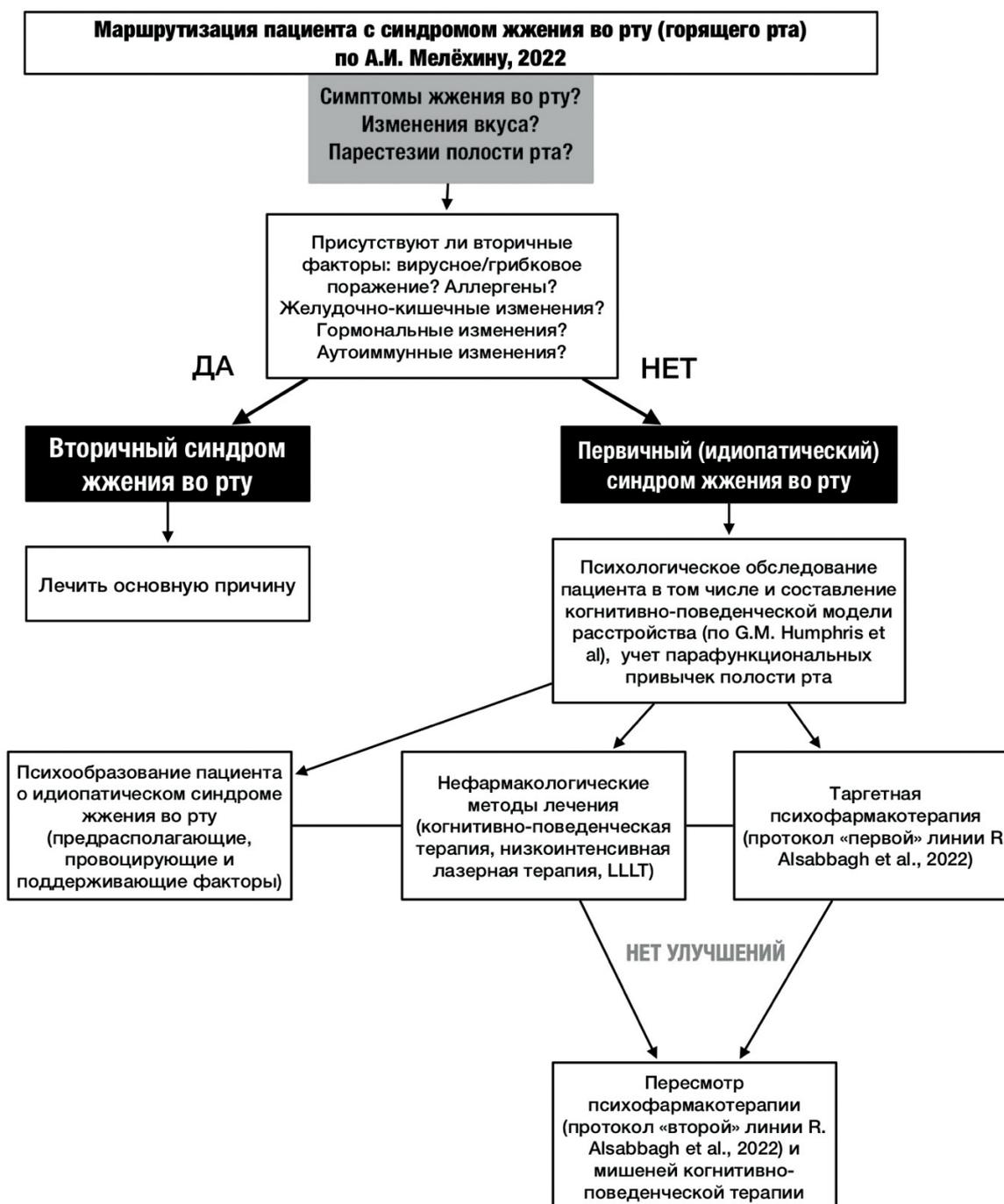


Рис. 1. Диагностическая и терапевтическая тактика синдрома жжения во рту

А. И. Мелёхин

### БОЛЕЗНЬ ЖЖЕНИЯ ВО РТУ ИЛИ СИНДРОМ ПЫЛАЮЩЕГО РТА: ВЗГЛЯД КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Гуманитарный институт имени П. А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация

**Аннотация.** В статье описана с позиции клинического психолога описана соматическая и когнитивно-поведенческая картина синдрома жжения во рту в том числе и парафункциональные привычки полости рта, дентальная тревога. Детализированы формы и типы синдрома жжения во рту. Систематизированы пусковые (триггерные) факторы, приводящие к данному расстрой-

ству. Описаны психологические особенности (эмоциональная регуляция, стиль привязанности, ранние когнитивные схемы, чувство одиночества, образ тела и др.) у данной группы пациентов. Представлен алгоритм диагностики и терапии синдрома жжения во рту, включающий применение когнитивно-поведенческой и телесно-ориентированной терапии.

**Ключевые слова:** синдром жжения во рту, синдром пылающего рта, болезнь жжения во рту.

A. I. Melekhin

## **BURNING MOUTH DISEASE OR BURNING MOUTH SYNDROME: THE VIEW OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST**

*Humanitarian Institute named after P. A. Stolypin, Moscow, Russian Federation*

**Annotation.** The article describes from the position of a clinical psychologist the somatic and cognitive-behavioral picture of burning mouth syndrome, including parafunctional oral habits and dental anxiety. The forms and types of burning mouth syndrome are detailed. The starting (trigger) factors leading to this disorder have been systematized. Psychological characteristics (emotional regulation, attachment style, early cognitive patterns, feelings of loneliness, body image, etc.) in this group of patients are described. An algorithm for the diagnosis and treatment of burning mouth syndrome is presented, including the use of cognitive-behavioral and body-oriented therapy.

**Keywords:** *burning mouth syndrome, burning mouth syndrome, burning mouth disease.*

### **Литература / References**

1. Alsabbagha R., Aviv Ouanounou Burning Mouth Syndrome: Etiology, clinical presentations, and treatment alternatives. *Dentistry Review*. 2022; 1: 21-37.
2. Lee Y. T., Chen L. Y. Lee, H.-C. Psychosomatic consideration to the burning mouth syndrome. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015; 69: 125-126.
3. Milani Alessandra-Maria-Ceolin A successful approach to control burning mouth syndrome using matricaria recutita and cognitive therapy. *En: Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2018; 10 (5): 499-506.
4. Tu T., Watanabe M, Suga T, Hong C, Takao C, Takenoshita M, Motomura H, Toyofuku A. Personality Traits in Burning Mouth Syndrome Patients With and Without a History of Depression. *Front Psychiatry*. 2021; 29 (12): 6-19.

*Поступила в редакцию 01.09.2023 г.*