

Когда синдром Дхат является проявлением бредового расстройства: серия клинических случаев

When Dhat syndrome is delusional: a case series

doi: 10.17816/CP15510

Клинический случай

Debanjan Bhattacharjee¹,

Debanjan Banerjee²

¹ Central Hospital Dhori, CCL, Jharkhand, India

² Apollo Multispecialty Hospitals, Kolkata, India

Дебанджан Бхаттачарджи¹,

Дебанджан Банерджи²

¹ Центральная больница Дхори, Джаркханд, Индия

² Многопрофильная больница Аполло, Калькутта, Индия

ABSTRACT

The Dhat syndrome is a culture-bound syndrome associated with anxiety and somatic and mood symptoms related to semen loss. It sometimes occurs in women, in whom it comes with vaginal discharge. Only a single case has been reported whereby Dhat delusion was associated with schizophrenia. In this case report, we dwell on two individuals suffering from a somatic-type delusional disorder with Dhat-like symptoms who had initially presented classical symptoms of the Dhat syndrome. Further studies are needed to explore the intersections of Dhat syndrome and psychoses, as well as the risk factors involved in mutual predisposition.

АННОТАЦИЯ

Синдром Дхат (СД, санскр. धातु दोष IAST: dhātu dōṣa, англ. Dhat syndrome, схож с индийским jīṅṅaṅ, шри-ланкским sukra prameha) является культурально-специфичным феноменом, который этнографически относится к Индии и признается у носителей данной культуры болезненным состоянием с различными клиническими вариантами. Вопрос изучения транскультуральных синдромов сложен из-за методологических проблем и малого числа описаний. В современных классификациях СД определяется как обсессивное состояние с доминированием страха потери спермы или патологическое убеждение, что жизненная сила теряется при семяизвержении. У женщин в рамках феномена сходной природы рассматриваются опасения вагинальных выделений. Структура синдрома включает дополнительную симптоматику – астеническую, аффективную, соматоформную, иную. Нами обнаружено единичное наблюдение пациента с дхат-подобными бредовыми идеями в рамках шизофрении. В рамках разработки транскультуральных подходов в психиатрии представлены два клинических случая с развитием бредового расстройства соматического подтипа с СД симптоматикой на инициальном этапе.

Keywords: culture-bound syndrome; Dhat syndrome; delusional disorder; psychosis; obsessive-compulsive disorder

Ключевые слова: культурально-специфичный синдром; синдром Дхат; бредовое расстройство; психоз; обсессивно-компульсивное расстройство

ВВЕДЕНИЕ

Синдром Дхат (СД, санскр. धातु दोष IAST: dhātu dōṣa, англ. Dhat syndrome, схож с индийским jīṅṅaṅ, шри-ланкским sukra prameha) является культурально-специфичным

феноменом, выделяемым в медицине и антропологии. Он этнографически относится к Индии и может присутствовать у носителей данной культуры. Данный синдром характеризуется болезненными опасениями

в связи с влагалищными выделениями или потерей семенной жидкости, а также вялостью, потерей аппетита, слабостью, трудностями концентрации и забывчивостью, нарушениями настроения [1]. Соматофорные нарушения половой функции и сопутствующие тревожные и депрессивные симптомы нередки у некоторых пациентов и, как правило, вторичны по отношению к СД [1]. Обычно пациенты интерпретируют все симптомы как следствие семяизвержения или выделения обычного влагалищного секрета [1]. Ранее СД связывали с синдромом коро, который также относят к культурно-определяемым синдромам: сверхценные идеи об особых функциях половых органах составляют психопатологическую основу этих состояний [2, 3]. Для обоих культуральных синдромов также описана связь с обсессивно-компульсивным расстройством [2, 3]. Обсессии, сверхценные и бредовые идеи описаны в рамках переходных синдромов, то есть могут существовать в континууме, подразумевающем возможный переход эгодистонных обсессий в сверхценные идеи и (позднее) в эгосинтонный бред [4]. Также обсессивно-компульсивные симптомы могут оказаться продромальными проявлениями психоза [4]. В более ранних работах Дхат- и коро-подобные симптомы описывали в структуре ядра бреда [5, 6]. Насколько нам известно, в литературе имеется лишь один случай Дхат-подобного бреда [5]. В настоящей статье представлено описание двух пациентов с СД, выражающимся как бредовое расстройство.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

У всех описанных ниже пациентов было диагностировано бредовое расстройство соматического типа в соответствии с Диагностическим и статистическим руководством по психическим расстройствам 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition, DSM-5)¹. Их семейный анамнез не был отягощён, а в анамнезе жизни отсутствовали психотические и тревожные расстройства, расстройства настроения, употребление психоактивных веществ и хронические заболевания. В обоих случаях после купирования бредовых симптомов проводилось психообразование, состоявшее из 3 сессий по 30 мин. каждая, где освещались физиологические процессы, касающиеся выработки

семенной жидкости и влагалищных выделений, а также отсутствие их пагубного влияния на здоровье, связь между разумом и телом и соответствующие изменения в половых органах. Пациенты сообщали о достаточном улучшении биопсихосоциального функционирования. Было получено письменное информированное согласие на использование их личных данных в публикации.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

О пациенте

Женщина, 34 года, не замужем.

Течение заболевания и клиническая картина

Начало с постепенным нарастанием симптомов, непрерывное течение. Впервые обратилась к гинекологу с жалобами на переживания и беспокойство, эпизоды сниженного настроения и утомляемость в течение последних 5 мес. после неуспешной сдачи экзамена в колледже, что, по её словам, объяснялось недавним увеличением объёма белых выделений из влагалища.

Диагностика

При клиническом осмотре патологии не выявлено. Показатели глюкозы крови, функции печени, почек и щитовидной железы, липидного профиля, расширенного анализа крови, серологических тестов на заболевания, передающиеся половым путём, а также микроскопия и посев мочи и влагалищного секрета на флору и чувствительность к антибиотикам находились в пределах нормы.

Диагноз

Установлен диагноз бредового расстройства соматического типа; симптомы значительно улучшились в течение 3 нед. на фоне лечения карипразином (3 мг) и клоназепамом (0,5 мг), а также проведённого психообразования. Пациентка высказывала озабоченность нежелательными реакциями предлагаемых антипсихотических средств, и из них был выбран карипразин. Клоназепам был отменён через 1 нед., состояние оставалось стабильным на фоне приёма карипразина в дозе 3 мг в течение 2 мес. вплоть до последней плановой консультации, на которой пациентка отрицала какие-либо нежелательные явления

¹ DSM Library [Internet]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 2023 [дата обращения: 01.09.2023]. Доступ по ссылке: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

Лечение

Назначенное лечение включало эсциталопрам (10 мг) и клоназепам (0,5 мг), которые частично облегчили симптомы, отмечаемые пациенткой, и через 2 мес. она самостоятельно отменила приём препаратов. Позднее она консультировалась у врача-терапевта с аналогичными жалобами, был назначен венлафаксин в дозе до 150 мг, который также способствовал частичному купированию симптомов, и через 1 мес. пациентка прекратила лечение. Спустя примерно 4 мес. она обратилась к другому терапевту с дополнительными жалобами на вербальную и физическую агрессию в отношении членов семьи в случаях, когда они пытались убедить её в отсутствии связи между белыми выделениями из влагалища и соматическими симптомами, а также на нарушения сна. Был назначен оланзапин (10 мг), однако спустя 1 нед. пациентка завершила лечение, сообщив, что препарат может вызывать увеличение массы тела. При обращении в наше амбулаторное психиатрическое отделение через 3 мес. она высказывала убежденность в том, что части её тела и пища, употребляемая ей, постепенно «вытекают» вместе с белыми выделениями, из-за чего функционирование тела ухудшается, поскольку внутренние органы «усыхают» и «склеиваются» друг с другом. Она полагала, что следствием этого являются снижение настроения, боль в теле и нарушение сна, и все её беседы с членами семьи были посвящены этому убеждению. В дальнейшем пациентка ограничила приём пищи и воды, поскольку считала, что их употребление приведёт к затратам энергии, увеличению количества белых выделений и дальнейшему ухудшению её физического и психического здоровья; выраженность агрессии в сторону членов семьи также усилилась.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

О пациенте

Мужчина, 21 год, не женат.

Течение заболевания и клиническая картина

Начало с постепенным нарастанием симптомов, непрерывное течение. Впервые обратился с жалобами на выраженные переживания, эпизоды грусти, утомляемость, снижение внимания и концентрации, которые он объяснял потерей энергии и жизненных сил вместе с семенной жидкостью при мастурбации, происходившей 1–2 раза ежедневно на протяжении 1 года.

Диагностика

Показатели глюкозы крови, функции печени, почек и щитовидной железы, липидного профиля и расширенного анализа крови находились в пределах нормы.

Диагноз

Установлен диагноз бредового расстройства соматического типа; тяжесть симптомов значительно уменьшилась в течение 4 нед. на фоне лечения рисперидоном в дозе 4 мг и психообразования. Состояние оставалось стабильным в течение 1 года приёма рисперидона вплоть до последней плановой консультации, на которой пациент отрицал какие-либо нежелательные реакции.

Лечение

Проведено психообразование, назначен флуоксетин (20 мг), однако лечение было прекращено через 1 нед. Психообразование включало 2 коротких сессии, посвящённых установлению контакта, разъяснению вопросов физиологии выработки и выделения семенной жидкости и тому, что они не являются патологическими, а также связи между разумом и телом и соответствующими изменениями в половых органах. Спустя примерно 6 мес. пациент повторно обратился за консультацией, высказывая стойкое убеждение в том, что его мозг и тело «вытекают» вместе с семенной жидкостью, вследствие чего возникли нарушения внимания и концентрации и утомляемость, которые он связывал с просмотром порнографических видеороликов и употреблением невегетарианской пищи в последние 2 мес. Он постоянно искал подтверждения своих убеждений у родителей и друзей, зачастую проявляя к ним агрессию при возникновении возражений. По совету членов семьи отказался от мастурбации и употребления невегетарианской пищи, однако по-прежнему высказывал озабоченность на ту же тему в связи с ночными семяизвержениями. Он прекратил посещение колледжа и в течение дня неоднократно демонстрировал приступы плаксивости.

ОБСУЖДЕНИЕ

У обоих наших пациентов в начальном периоде заболевания отмечались жалобы и симптомы, характерные для культурального синдрома СД, а убеждения, касавшиеся влагалищных выделений в случае 1

и потери семенной жидкости в случае 2, не были верифицированы как развивающееся бредовое расстройство. У женщин СД встречается относительно редко в сравнении с мужчинами. Мужчины обычно сообщают о симптомах, связанных с чувством вины по поводу мастурбации, тогда как женщины обычно высказывают жалобы в отношении влагилищных выделений [1].

По мере наблюдения за течением заболевания был определен бредовой уровень идей, касающихся потери семенной жидкости и белых выделений, перешли в бредовые. В обоих случаях убеждения о потере семенной жидкости и белом влагилищном секрете сохранялись на протяжении более чем 1 мес., определялись высокой степенью убежденности и влияли на биологическое и социальное функционирование. Содержание идей стало нелепым, иррациональным, пациенты были поглощены размышлениями на эту тему, не поддающимся разубеждению и сопровождавшимися грустью и тревогой в течение всего дня. Они проявляли агрессию в отношении членов семьи и друзей, возражавших их стойким патологическим убеждениям. Указанные черты свидетельствуют о признаках бредового расстройства [8]. Бредовые идеи относительно соматических функций, сохраняясь на протяжении более чем 1 мес. и не сопровождались иными симптомами шизофрении, что позволило установить диагноз бредового расстройства соматического типа [7]. Отмечена нехватка данных о факторах, которые могли бы играть роль в переходе культурно-определяемых симптомов в бред. Данные других исследований позволяют предположить, что пациенты, относящиеся к группе высокого риска психоза и демонстрирующие аттенуированные психотические симптомы, могут быть подвержены переходу от obsessions и сверхценных идей к бредовым идеям в рамках симптомов шизофрении, что некоторыми авторами определяется как шизообсессивное расстройство [4]. В представленных нами случаях проявления СД могут являться продромальными симптомами бредового расстройства, которое наравне с шизофренией принадлежит более широкой группе неаффективных психотических расстройств [9].

Эти клинические наблюдения отличаются от описанного другими авторами случая Дхат-подобного бреда, при котором у пациента имела место кататония [2]. Они также отличаются от серии случаев, при которых до возникновения коро-подобного соматического бреда отсутствовали ранние проявления

в виде культурального синдрома коро [6]. В изученных наблюдениях нарушения, которые были выявлены до развития Дхат-подобных бредовых идей, имели сходство с классическим СД. Кроме того, в ранее опубликованной работе состояние пациента не улучшилось на фоне лечения, и бредовые идеи усугубились, тогда как в описанных нами случаях бред развился, когда пациенты не получали лечения. Ограничением публикации является недостаток информации об адекватных дозах препаратов и длительности лечения при назначении психотропных средств, а также о том, трансформируются ли сверхценные идеи, связанные с потерей семенной жидкости или влагилищных выделений, в бредовые идеи при неадекватном лечении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дхат-подобный бред можно рассматривать как отдельное от СД явление, поскольку бредовые идеи соответствуют критериям бредового расстройства и отличны от классического описания культурно-опосредованных синдромов. Но СД, который обычно относят к культурно-опосредованным синдромам, может представлять собой продромальные симптомы психотического расстройства, что требует дальнейшего изучения. Кроме того, в дальнейших исследованиях необходимо сосредоточиться на установлении адекватных доз препаратов и длительности лечения, а также на определении лиц с СД, относящихся к группе риска и нуждающихся в адекватном последующем наблюдении в связи с последующим возможным возникновением психотических явлений.

История публикации

Рукопись поступила: 07.02.2024

Рукопись одобрена: 26.02.2024

Опубликована онлайн: 13.03.2024

Вклад авторов: Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Бхаттачарджи Д., Банерджи Д. Когда синдром Дхат является проявлением бредового расстройства: серия клинических случаев // Consortium Psychiatricum. 2024. Т. 5, № 1. doi: 10.17816/CP15510

Сведения об авторах

Дебанджан Бхаттачарджи, MBBS, MD (психиатрия), врач-специалист, Отделение психиатрии, Центральная больница Дхори, CCL; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7431-0189>

***Дебанджан Банерджи**, MD, консультант по гериатрической психиатрии, Многопрофильная больница Аполло Глениглс; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8152-9798>, Scopus AuthorID: 57191832268. E-mail: dr.djan88@gmail.com

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Prakash O, Kar SK. Dhat Syndrome: A review and update. *Journal of Psychosexual Health*. 2019;1(3–4):241–5. doi: 10.1177/2631831819894769
2. Ghosh S, Chowdhury AN. A case of two culture-bound syndromes (Koro and Dhat syndrome) coexisting with obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(2):221–2. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_298_19
3. Malik MFA, Najeeb B, Nizami AT. The association of symptoms of dhat syndrome with comorbid obsessive-compulsive disorder: A case report. *Indian J Psychiatry*. 2023;65(7):793–4. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_437_22
4. Scotti-Muzzi E, Saide OL. Transition from obsession to delusion in Schizo-obsessive disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2018;15(7–8):23–6.
5. Patra S, Sidana A, Gupta N. Delusion of dhat: The quandary of the form-content dichotomy! *Ind Psychiatry J*. 2014;23(2):171–2. doi: 10.4103/0972-6748.151708
6. Chakraborty A, Bhattacharjee D, Bandyopadhyay U. Secondary Koro presenting as delusional disorder: A case series. *Journal of Psychosexual Health*. 2022;4(4):260–2. doi: 10.1177/26318318221110188
7. Kiran C, Chaudhury S. Understanding delusions. *Ind Psychiatry J*. 2009;18(1):3–18. doi: 10.4103/0972-6748.57851
8. González-Rodríguez A, Seeman MV. Differences between delusional disorder and schizophrenia: A mini narrative review. *World J Psychiatry*. 2022;12(5):683–692. doi: 10.5498/wjp.v12.i5.683