

© Якимец А.В. и др., 2023

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.89; 616.28-008.12

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-50-57>

Тиннитус и психические расстройства (клинико-психопатологическое исследование больных без оториноларингологической патологии)

А.В. Якимец¹, С.В. Морозова², П.А. Стаканов², О.А. Садкова¹, Е.П. Полякова²¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия²ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Анна Владимировна Якимец, a.v.yakimets@mail.ru

Резюме

Обоснование: тиннитус — это восприятие акустических, фантомных звуков в ухе и/или голове при отсутствии их внешнего источника. Частота встречаемости тиннитуса в населении составляет 5–15%. Возникновение субъективного шума может иметь ряд возможных причин, однако, в соответствии с данными проведенных ранее исследований, причинно-следственная связь между психическими расстройствами и тиннитусом остается недостаточно доказанной. **Цель исследования:** изучение акустического феномена типа «шум в ушах/внутри головы», сопоставимого с симптоматикой тиннитуса, при отсутствии оториноларингологической, неврологической, соматической патологии. **Пациенты и методы:** выборку составили 12 пациентов (11 мужчин, 1 женщина; средний возраст $38 \pm 8,5$ года), прошедших комплексное психопатологическое, патопсихологическое, психометрическое, оториноларингологическое, неврологическое и инструментальное обследование. Пациенты соответствовали диагностическим критериям субъективного шума в ушах согласно классификации МКБ-10 (код H93.1). **Результаты:** психопатологическая квалификация ушного шума в наших наблюдениях соответствует психосенсорным расстройствам типа сенестезий. В большинстве случаев ушной шум возникал на фоне уже длительно протекающей невротической или сверхценной ипохондрии. В зависимости от клинической картины ушного шума, особенностей протекания ипохондрического расстройства акустический феномен типа «шум в ушах/внутри головы» выявлялся в рамках четырех нозологий: шизофрении ипохондрическая, шизотипическое расстройство, расстройство личности кластера В с признаками ипохондрического диатеза, параноидное расстройство личности с явлениями сверхценной ипохондрии. **Заключение:** результаты настоящего исследования подтверждают связь тиннитуса с психическими расстройствами. Несмотря на ограниченное число наблюдений, допустимо выдвинуть (в порядке рабочей гипотезы) следующее положение: акустический феномен типа «шум в ушах/внутри головы» может манифестировать в рамках психических расстройств (психопатологические феномены ипохондрического круга), дублируя на клиническом уровне симптоматику тиннитуса, формирующуюся при оториноларингологической, неврологической и соматической патологии. Учитывая эти клинические данные, выступающие в рассматриваемой казуистике ипохондрические образования, не имеющие патогенетических критериев оториноларингологической патологии, либо патологии внутренних органов, могут квалифицироваться в соответствии с критериями, представленными в публикациях А.Б. Смулевича и соавт. (2023 г.) в рамках соматической паранойи. Дальнейшее комплексное изучение данного феномена необходимо для более точной верификации клинических критериев дифференциальной диагностики, повышения эффективности выявления обсуждаемой патологии, определения рациональных методов комплексного лечения, включающего психофармакотерапию и психотерапевтические модальности.

Ключевые слова: тиннитус, субъективный «шум в ушах/внутри головы», психические расстройства, ипохондрические расстройства, соматическая паранойя

Для цитирования: Якимец А.В., Морозова С.В., Стаканов П.А., Садкова О.А., Полякова Е.П. Тиннитус и психические расстройства (клинико-психопатологическое исследование больных без оториноларингологической патологии). *Психиатрия*. 2023;21(6):50–57. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-50-57>

RESEARCH

UDC 616.89; 616.28-008.12

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-50-57>

Tinnitus and Psychiatric Disorders (a Clinical Psychopathological Study of Patients without Otorhinolaryngological Pathology)

A.V. Yakimets¹, S.V. Morozova², P.A. Stakanov², O.A. Sadkova¹, E.P. Polyakova²¹FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Corresponding author: Anna V. Yakimets, a.v.yakimets@mail.ru

Summary

Background: tinnitus is the perception of acoustic, phantom sounds in the ear and/or head in the absence of an external source. The prevalence of tinnitus is 5–15% in the population. The occurrence of subjective noise may have a number of possible causes, but the causal relationship between psychiatric disorders and tinnitus remains insufficiently proven, according to previous studies. **The aim** was to study an acoustic phenomenon of the “ear/head noise” type, comparable with tinnitus symptomatology, in the absence of otorhinolaryngological, neurological, somatic pathologies. **Patients and methods:** the sample consisted of 12 patients (11 men, 1 woman, mean age 38 ± 8.5 years) who underwent complex psychopathological, pathopsychological, psychometric, otorhinolaryngological, neurological, and instrumental examinations, statistical. The patients met the diagnostic criteria of subjective tinnitus according to ICD-10 classification (code H93.1). **Results:** the psychopathological qualification of tinnitus in our observations corresponds to psychosensory disorders of the synesthesia type. In the most cases, the ear noise occurred against the background of already long-standing neurotic or overvalued hypochondria. Depending on clinical picture of ear noise, and features of the course of hypochondriacal disorder, the acoustic phenomenon of the “ear/head noises” type was revealed within four nosologies: hypochondriacal schizophrenia, schizotypal disorder, cluster B personality disorder with the phenomenon of hypochondriacal diathesis, paranoid personality disorder with the phenomenon of overvalued hypochondria. **Conclusion:** the results of the present study, in spite of a limited number of observations, allow us (as a working hypothesis) to propose the following statement: the acoustic phenomenon of the “ear/head noise” type can manifest in psychiatric disorders (psychopathological phenomena of the hypochondriacal circle) duplicating the symptoms of tinnitus at clinical level which, are formed within otolaryngological, neurological and somatic pathology. Taking into account these clinical data, hypochondriacal formations appearing in the considered casuistic of the present study, having no base of otorhinolaryngology-related pathology, or internal organ pathology, can be qualified in accordance with the criteria presented in publication A.B. Smulevich et al. (2023) as a part of somatic paranoia. Further comprehensive study of this phenomenon is necessary for more accurate verification of the clinical criteria for differential diagnosis, increasing the efficiency of identifying the pathology under discussion, and determining rational methods of complex treatment, including psychopharmacotherapy and psychotherapeutic modalities.

Keywords: tinnitus, subjective entotic sound, “head noise”, psychiatric disorders, hypochondriacal disorders, somatic paranoia

For citation: Yakimets A.V., Morozova S.V., Stakanov P.A., Sadkova O.A., Polyakova E.P. Tinnitus and Psychiatric Disorders (a Clinical Psychopathological Study of Patients without Otorhinolaryngological Pathology). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2023;21(6):50–57. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-50-57>

ВВЕДЕНИЕ

Тиннитус¹ представляет собой субъективное восприятие акустических, фантомных звуков в ухе и/или голове при отсутствии их источника. Ушной шум распространен среди 5–15% населения во всем мире [1–3]. Наибольшая распространенность ушного шума наблюдается у пациентов в возрасте 40–60 лет, в то время как в молодом (моложе 20 лет) и старческом (старше 70 лет) возрасте — гораздо реже [5]. Возникновение субъективного шума, по мнению большинства авторов, может иметь множество причин: метаболические нарушения; заболевания наружного, среднего, внутреннего уха; новообразования; интоксикация; патология шейного отдела позвоночника; производственные вредности; неврологические заболевания [3–5].

Многие авторы [7–11] проводят аналогию между механизмами формирования субъективного шума в ушах и боли. В исследованиях отечественных авторов субъективный шум в ушах также сопоставляется с клинической картиной алгий [12], неврологической боли, парестезий или мышечных спазмов [13].

В середине XX в. G. Huber [14] в работе, посвященной коэнестетической шизофрении, квалифицировал феномены слуховой и вибрационной модальности по типу «шума» или «гула», ощущаемых «внутри головы» или ушах, в рамках сенестезий.

В исследовании W. Hiller и G. Goebel [15] выдвинуто предположение о связи шума в ушах с психотравмирующими факторами, нарушающими функции мышления,

внимания, восприятия, воли. Рассматривая взаимосвязь тиннитуса с аффективными и тревожными расстройствами, авторы указывают, что у половины пациентов психические расстройства предшествуют, а у другой части оказываются следствием манифестации тиннитуса.

Сопоставимые концепции содержатся и в ряде других исследований [16–21]. Согласно представленным данным, среди подгруппы пациентов с шумом в ушах обнаруживается в 4 раза больше клинически значимых психических расстройств по сравнению с представителями здоровой контрольной группы, а также при сопоставлении с пациентами с другими отоларингологическими заболеваниями, сопровождающимися явлениями тиннитуса. Установлено, что пациенты, страдающие хроническим шумом в ушах, склонны к фиксации на акустических ощущениях, что в последующем приводит к нарушениям концентрации внимания и сосредоточения, нарушениям сна [22]. Сопутствующие депрессивные и тревожные расстройства могут приводить к потере трудоспособности [23]. В большинстве наблюдений признаки психического расстройства предшествуют началу или совпадают с появлением симптомов шума в ушах.

R.L. Folmer и соавт. [24] при помощи опросника MOCI (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory) оценили взаимосвязь между обсессивно-компульсивным расстройством и шумом в ушах. При этом обнаружилась корреляция высоких значений обсессивно-компульсивной симптоматики с высокими баллами по индексу тяжести шума в ушах.

На возможную связь тиннитуса с расстройствами шизофренического спектра (с включением бредовой

¹ От латинского слова *tinnire*, которое означает «позвякивать или звенеть как колокольчик».

симптоматики) указывают Н. Schaaf и соавт. [16] в описании двух клинических случаев, а также R. D'Amelio, W. Delb [17].

Устанавливается высокая частота шума в ушах при таких психических расстройствах, как посттравматическое стрессовое расстройство [25, 26], соматоформное расстройство [27], дисморфофобия [28].

В обзоре S. Tegg-Quinn и соавт. [29] рассматривается проблема влияния шума в ушах на когнитивные функции. По мнению автора, когнитивные нарушения у больных с тиннитусом связаны с влиянием шума в ушах на такие базовые исполнительные функции, как контроль внимания.

М. Durai и G. Searchfield [30] указывают на возможность корреляции явлений тиннитуса с патохарактерологическими расстройствами. В частности, авторами выделяется ряд личностных особенностей, регистрируемых у пациентов с шумом в ушах. Им свойственны более выраженное чувство отчужденности, повышенный уровень невротизма, низкая экстравертированность, снижение потребности в социальных контактах, повышенная стрессогенная реактивность, сниженный самоконтроль, наличие признаков личности типа D (склонность к пессимистичной оценке явлений и событий окружающего мира, сочетающаяся с замкнутостью и эмоциональной дистанцированностью от окружающих). Авторы предполагают, что личностные черты могут быть ассоциированы с шумом в ушах.

Исследование J. Budd и R. Pugh [31] посвящено психологическим характеристикам пациентов, успешно приспособившихся к шуму в ушах, и их отличию от тех, кто не смог адаптироваться к тиннитусу. Авторами выделено три основных стиля преодоления, связанных с шумом в ушах: «неэффективное преодоление», «эффективное преодоление» и «пассивное преодоление». К первому стилю относятся неадаптивные стратегии, направленные на преодоление тиннитуса: фантазии об отсутствии шума в ушах, настоятельные сообщения окружающим об испытываемом дискомфорте, прислушивание к слуховым ощущениям и «катастрофические» размышления о последствиях шума. Второй стиль, наоборот, включает адаптивные стратегии: позитивный настрой в отношении тиннитуса, переключение внимания, участие в действиях, направленных на минимизацию интрузивности шума в ушах. Пассивный стиль преодоления состоял из попыток избегания шума в ушах путем его маскировки фоновыми звуками. Более высокая корреляция с субъективной тяжестью от шума в ушах, а также с выраженностью тревоги о здоровье наблюдалась в группах пациентов с «неэффективным преодолением» и «пассивным», нежели «эффективным» стилем.

Психические расстройства как причина тиннитуса в большинстве исследований не рассматриваются. Р.С. Pinto [32] в обзоре, охватывающем 16 публикаций, фиксирует современный уровень знаний о связи тиннитуса с психическими расстройствами: «Между шумом в ушах и психическими расстройствами может

существовать причинно-следственная связь; однако, несмотря на высокую частоту совпадения шума в ушах с психическими расстройствами, особенно с депрессией и тревогой, установить причину напрямую не удастся».

Цель исследования — изучение клинической характеристики психопатологических и патохарактерологических расстройств у пациентов с акустическим феноменом типа «шум в ушах/внутри головы», сопоставимым с симптоматикой тиннитуса, при отсутствии оториноларингологической, неврологической, соматической патологии.

ПАЦИЕНТЫ

Комплексное исследование проведено в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель академик РАН А.Б. Смулевич) ФГБНУ НЦПЗ. Обследованы 12 пациентов (11 мужчин, 1 женщина) в возрасте $38 \pm 8,5$ года с жалобами на шум в ушах или «внутри головы», направленных врачами-оториноларингологами для нозологической оценки. Клиническая картина полученных данных по классификации МКБ-10 соответствовала диагностическим критериям Н93.1 «Шум в ушах (субъективный)».

Критерии включения

1. Жалобы на субъективный шум в ушах (по МКБ-10 Н93.1).
2. Возраст пациентов от 18 до 65 лет.
3. Согласие на участие в исследовании.
4. Возрастная норма слуха по данным аудиологического исследования.

Критерии невключения

1. Изменения по данным стандартного оториноларингологического, отоневрологического и аудиологического обследования, заболевания наружного, среднего, внутреннего уха: серная пробка, экзостозы наружного слухового прохода, наружный отит, средний отит, отосклероз, опухоли барабанной полости, лабиринтиты, сенсоневральная тугоухость, акустическая и баротравма, болезнь Меньера.
2. Наследственные аномалии: синдром Гарднера–Тернера, синдром Клиппеля–Фейля, синдром Пенса.
3. Метаболические заболевания: атеросклероз сосудов, гепатит, сахарный диабет, гипогликемия, гипогипертиреоз.
4. Патологии шейного отдела позвоночника: остео-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника, нестабильность.
5. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.
6. Опухоли: головного мозга, мостомозжечкового угла, невринома слухового нерва.
7. Галлюцинаторно-параноидные расстройства, бредовое расстройство, шизофрения бредовая.
8. Наличие деменции или другого органического психического расстройства (F00–F09 по МКБ-10) и признаков умственной отсталости (F70–F79).
9. Злоупотребление ПАВ (F10–F19).

Этические аспекты

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в программе. Применялись адекватные методы контрацепции для женщин детородного возраста. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2013 гг. Проведение исследования одобрено Локальным этическим комитетом НЦПЗ (протокол ЛЭК № 914 от 21.11.2022 г.).

Ethic aspects

All study participants signed a voluntary informed consent to participate in the program. Adequate contraceptive methods for women of childbearing age were used. The conduct of the study was in accordance with the Helsinki Declaration of 1964, revised in 1975–2013. The research protocol was approved by Local Ethical Committee (protocol # 914 from 21.11.2021).

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве основных методов избраны клинико-психопатологический и психометрический. Для психометрической оценки использовались опросник убеждений в отношении тела и здоровья (Cognition about Body and Health Questionnaire, САВАН), шкала оценки поведения в болезни (Scale for the Assessment of Illness Behavior, SAIB), шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), шкала оценки негативных симптомов (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS), шкала личностных убеждений А. Бека, методика «матрицы Равена». Обследование проводила клинический психолог О.А. Садкова.

Всем пациентам было выполнено комплексное обследование, включающее стандартный оториноларингологический осмотр, тональную пороговую аудиометрию и при необходимости высокочастотную аудиометрию (двухканальный клинический аудиометр Grason-Stadler GSI-61), тимпанометрию (клинический анализатор среднего уха Grason-Stadler GSI TymStar), отоневрологическое обследование (сотрудниками клиники болезней уха, горла и носа УКБ № 1). Для исключения соматической и неврологической патологии выполнялись неврологическое и инструментальное обследования: ЭЭГ, МРТ головного мозга, УЗИ сосудов шеи, консультация врача-невролога.

Статистический анализ данных осуществлялся с использованием программы IBM SPSS Statistics 22.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Социально-демографические показатели общей выборки представлены в табл. 1.

Данные показатели демонстрируют неполноценность социального функционирования у части больных. Несмотря на то что все пациенты находятся в трудоспособном возрасте и большинство из них имеет высшее (7 пациентов) или среднее специальное

Таблица 1. Социально-демографические показатели общей выборки больных

Table 1 Social and demographic indicators of the total sample of patients

Показатели/Index	Выборка/ Sampling (n)
Возраст/Age	
молодой (18–44)/young (18–44)	8
средний (45–59)/middle (45–59)	4
Образование/Education	
высшее/higher	8
среднее специальное/secondary vocational	1
среднее/secondary	3
Трудовой статус/Employment status	
работают/employed	7
не работают/unemployed	5
Инвалидность/Disability	
по психическому заболеванию/due to mental illness	1
инвалидности не имеют/no disabilities	11
Семейный статус/Marital status	
в браке/гражданском браке/married/civil partnership	2
разведены/никогда не состояли в браке/divorced/never married	10

образование (1 пациент), 5 пациентов не трудоустроены и находятся на иждивении родственников. Среди неработающих 1 пациент был инвалидом III группы по психическому заболеванию (F20.8 Шизофрения ипохондрическая). Помимо этого, подавляющее число больных никогда не состояло в браке (8 пациентов) или разведены (2 пациента).

Согласно данным психометрического исследования, в основе когнитивной репрезентации болезни у данной группы пациентов лежит преувеличение тяжести симптомов (субшкала САВАН «катастрофизация телесных симптомов» $2,9 \pm 0,51$), тенденция фокусировать внимание на телесных ощущениях (субшкала САВАН «соматосенсорная амплификация» $2,8 \pm 0,6$). Эмоциональное состояние пациентов характеризуется повышенным уровнем тревоги в отношении здоровья, наличием интрузивных мыслей о своих симптомах и невозможности от них избавиться, постоянной обеспокоенностью наличием серьезного заболевания (SHAI $13,6 \pm 3,25$). По методике «Матрицы Равена» 7 испытуемых имели уровень интеллекта ниже среднего (IQ 85,3) и 5 обладали средним уровнем интеллекта (IQ 92,1).

Анализ преморбидных черт изученной выборки показал принадлежность пациентов к разным кластерам. У большинства пациентов преморбид определялся расстройством личности (РЛ) кластера А: шизоидное (3 пациента), шизотипическое (2 пациента), параноидное (2 пациента). В то же время встречались пациенты с истерическим РЛ (4 пациента, среди которых 2 с акцентуацией по типу нарциссической) и 1 пациент

с ананкастным расстройством личности. При этом отличительной особенностью большинства пациентов является патохарактерологическая акцентуация по типу «ипохондрии здоровья» (8 пациентов) [34].

Психопатологическая характеристика ушного шума в рассматриваемых 12 наблюдениях сопоставима с квалификацией психосенсорных расстройств типа сенестезий [11]. Ушной шум у многих пациентов (7 пациентов) сопряжен с ощущениями головокружения, неустойчивости, шаткости походки. В отличие от слуховых галлюцинаций, при тиннитусе пациенты не различают в слышимых звуках конкретных слов. В клинической картине доминируют психосенсорные расстройства, сопоставимые по ряду симптомов с тиннитусом, где ушной шум выступает как относительно изолированное психопатологическое образование. Так, больные предъявляют жалобы на наличие шума, похожего на «писк», «гул», «звук трансформаторной будки», «стрекотание цикад» или «счетчик Гейгера». Данные акустические феномены могут иметь различную локализацию (в ушах или «внутри головы»), вплоть до указания на определенную область; ощущаться как односторонние, так и двусторонние; быть однокомпонентными (один звук) или многокомпонентными (несколько звуков); быть постоянными или периодическими; обладать различной интенсивностью («высокочастотный» или «низкочастотный»).

«Шум в ушах/внутри головы» сопровождается инсомническими расстройствами, проявляющимися нарушениями по типу трудностей засыпания (9 пациентов). У 3 пациентов шум в ушах, сохраняющийся в ночное время, ощущается «сквозь сон» (3 пациента).

В большинстве случаев тиннитус формируется в рамках длительно текущего ипохондрического расстройства невротической или сверхценной структуры (средний возраст манифестации ипохондрических расстройств — $26,5 \pm 5$ лет; средний возраст манифестации тиннитуса — 34 ± 9 лет).

Ипохондрическая симптоматика определяется фиксацией на патологических ощущениях шума в ушах и наиболее выражена в идеаторной сфере. У 4 пациентов ипохондрические феномены представлены тревогой о здоровье и нозофобией в структуре невротической ипохондрии. Пациентам свойственны «катастрофические» размышления о последствиях шума в ушах, тревожные опасения о наличии «опасной» болезни, гиперболизация тяжести ощущаемого недуга и его влияния на повседневную жизнь. Тревога о здоровье у больных с истерическим преморбидом приобретает драматизированную окраску. В этих случаях прослеживается манипулятивное поведение (перекладывание бытовых обязанностей на родственников, оформление при первой возможности больничных листов).

У 8 пациентов ипохондрия достигала уровня овладающих представлений с убежденностью в реальности соматической обусловленности «шума в ушах/внутри головы» (например, кальцинирование сосудов шеи, наличие внутричерепной опухоли и др.)

в психопатологическом пространстве сверхценной ипохондрии [34–36]. У больных данной группы доминировало стремление к элиминации травмирующих ощущений, которые воспринимались в качестве чужеродных явлений. Для избавления от шума в ушах больные (7 пациентов) обнаруживали склонность к различным манипуляциям, направленным, по их мнению, на уменьшение выраженности шума в ушах (вытягивание шеи путем подвешивания, выполнение стойки на голове и т.д.).

В 5 наблюдениях выявлялись негативные изменения, представленные дефицитарными феноменами апато-абулического круга (4 пациента), эмоциональной нивелировкой (2 пациента), когнитивными расстройствами по шизофреническому типу в виде резонерства, ментизма, соскальзывания, шперрунгов (3 пациента).

Нозологическая квалификация рассматриваемой выборки: шизофрения ипохондрическая (F20.8) — 1 пациент; шизотипическое расстройство (F21.3) — 4 пациента; расстройство личности кластера В с явлениями ипохондрического диатеза (F60.4) — 5 пациентов; параноидное расстройство личности с явлениями сверхценной ипохондрии (F60.0) — 2 пациента.

В наших наблюдениях лечение проводилось на основании доминирующего психопатологического синдрома в клинической картине. Учитывая опыт работы с пациентами из представленной выборки, потенциально эффективными вариантами психофармакотерапии у рассматриваемого контингента больных могут быть: из группы антипсихотических средств производные бутирофенона (Haloperidoli от 1,5 до 10 мг/сут в/в капельно № 10–15 с последующим переходом на таблетированную форму или капли), группа замещенных бензамидов (Sulpiridi от 100 до 600 мг/сут в/в капельно № 10–15 с последующим переходом на таблетированную форму), дофамино-серотониновый антагонисты (Quetiapini от 25 до 100 мг/сут), частичный агонист D2 и D3 рецепторов (Cariprazini от 1,5 до 6 мг/сут). Для редукции тревожной симптоматики применялись антидепрессанты следующих групп: СИОЗС (Fluvoxamini от 50 до 200 мг/сут), СИОЗН (Duloxetine от 30 до 120 мг/сут), ИОЗСАС (Trazodoni от 100 до 300 мг/сут). Также в схемах терапии применялись транквилизаторы из группы производных бензодиазепина (Diazepam 10 мг/сут в/в капельно № 10 с последующей отменой; Clonazepam 0,5 до 4 мг/сут).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты настоящего исследования, несмотря на ограниченное число наблюдений, позволяют (в порядке рабочей гипотезы) выдвинуть следующее положение: акустический феномен типа «шум в ушах/внутри головы» может манифестировать в рамках психических расстройств (психопатологические феномены ипохондрического круга), дублируя на клиническом уровне симптоматику тиннитуса

при оториноларингологической, неврологической и соматической патологии. Учитывая клинические данные настоящего исследования, выступающие в рассмотренной казуистике ипохондрические образования, не имеющие в своей основе оториноларингологической патологии, либо патологии внутренних органов, могут квалифицироваться в соответствии с критериями, представленными в предшествующих публикациях [37] в рамках соматической паранойи.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

- Langguth B, Kreuzer PM, Kleinjung T, Ridder DD. Tinnitus: causes and clinical management. *Lancet Neurol*. 2013;12:920–930. doi: [10.1016/s1474-4422\(13\)70160-1](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(13)70160-1)
- Cederroth CR, Gallus S, Hall DA, Kleinjung T, Langguth B, Maruotti A, Meyer M, Norena A, Probst T, Pryss R, Searchfield G, Shekhawat G, Spiliopoulou M, Vanneste S and Schlee W. Editorial: Towards an Understanding of Tinnitus Heterogeneity. *Front Aging Neurosci*. 2019;11:53. doi: [10.3389/fnagi.2019.00053](https://doi.org/10.3389/fnagi.2019.00053)
- Бойко НВ. Шум в ушах: алгоритм диагностики и лечения. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2017;117(9):88–93. doi: [10.17116/jnevro20171179188-93](https://doi.org/10.17116/jnevro20171179188-93)
Boiko NV. Tinnitus: algorithm of diagnostics and clinical management. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(9):88–93. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro20171179188-9](https://doi.org/10.17116/jnevro20171179188-9)
- Dalrymple SN, Lewis SH, Philman S. Tinnitus: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2021;103(11):663–671. PMID: 34060792.
- Колпакова ЕВ, Жаде СА, Куриная ЕА, Ткачев ВВ, Музлаев ГГ. Шум в ушах: диагностические параллели. *Инновационная медицина Кубани*. 2018;(4):44–52.
Kolpakova EV, Zhade SA, Kurinnaya EA, Tkachev VV, Muzlaev GG. Entotic sound: diagnostic parallels. *Innovative Medicine of Kuban*. 2018;(4):44–52. (In Russ.).
- Морозова С.В., Шибина Л.М., Шемпелева Л.Э., Павлюшина Е.М. Принципы дифференциальной диагностики и комплексного лечения ушного шума. *Вестник оториноларингологии*. 2013;78(6):95–98.
Morozova SV, Shibina LM, Shempeleva LE, Pavliushina EM. The principles of differential diagnostics and combined treatment of tympanitis. *Vestnik Oto-Rino-Laringologii*. 2013;78(6):95–98. (In Russ.).
- Park E, Kim H, Choi IH, Han HM, Han K, Jung HH, Im GJ. Psychiatric Distress as a Common Risk Factor for Tinnitus and Joint Pain: A National Population-Based Survey. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2020;13(3):234–240. doi: [10.21053/ceo.2019.00563](https://doi.org/10.21053/ceo.2019.00563)
- Aage R. Møller. Similarities Between Tinnitus and Pain. In: AR Møller, B Langguth, D De Ridder, T Kleinjung. eds. Textbook of tinnitus. New York: Springer; 2011:113–121. doi: [10.1007/978-1-60761-145-5](https://doi.org/10.1007/978-1-60761-145-5)
- Tonndorf J. The analogy between tinnitus and pain: a suggestion for a physiological basis of chronic tinnitus. *Hear Res*. 1987;28(2–3):271–275. doi: [10.1016/0378-5955\(87\)90054-2](https://doi.org/10.1016/0378-5955(87)90054-2)
- Jastreboff PJ. Phantom auditory perception (tinnitus): mechanisms of generation and perception. *Neurosci Res*. 1990;8(4):221–254. doi: [10.1016/0168-0102\(90\)90031-9](https://doi.org/10.1016/0168-0102(90)90031-9)
- Baldo P, Doree C, Molin P, McFerran D, Cecco S. Antidepressants for patients with tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(9):CD003853. doi: [10.1002/14651858.CD003853.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003853.pub3)
- Кунельская НЛ, Левина ЮВ, Байбакова ЕВ, Шурпо ВИ. Субъективный ушной шум: современные тенденции и перспективы. *Вестник оториноларингологии*. 2019;84(6):54–60. doi: [10.17116/otorino2019840615](https://doi.org/10.17116/otorino2019840615)
Kunel'skaya NL, Levina IuV, Baybakova EV, Shurpo VI. Tinnitus — current trends and prospects. *Vestnik Oto-Rino-Laringologii*. 2019;84(6):54–60. (In Russ.). doi: [10.17116/otorino2019840615](https://doi.org/10.17116/otorino2019840615)
- Стулин ИД, Тардов МВ, Дамулин ИВ. Тиннитус: клинико-патогенетические аспекты. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2021;121(6):100–105. doi: [10.17116/jnevro2021121061100](https://doi.org/10.17116/jnevro2021121061100)
Stulin ID, Tardov MV, Damulin IV. Tinnitus: clinical and pathogenetic aspects. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2021;121(6):100–105. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro2021121061100](https://doi.org/10.17116/jnevro2021121061100)
- Huber G. Cenoaesthetic schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb*. 1957;25(9):491–520.
- Hiller W, Goebel G. A psychometric study of complaints in chronic tinnitus. *J Psychosom Res*. 1992;36(4):337–348. doi: [10.1016/0022-3999\(92\)90070-i](https://doi.org/10.1016/0022-3999(92)90070-i)
- Schaaf H, Dölberg D, Seling B, Märtner M. Komorbidität von Tinnituserkrankungen und psychiatrischen Störungen [Comorbidity of tinnitus and psychiatric disorders]. *Nervenarzt*. 2003;74(1):72–75. German. doi: [10.1007/s00115-001-1222-y](https://doi.org/10.1007/s00115-001-1222-y)
- D'Amelio R, Delb W. Komorbidität schizophrene Psychose und Tinnitus. Ein bislang vernachlässigtes Thema in Forschung und Therapie [Comorbidity of schizophrenic psychosis and tinnitus. A hitherto neglected theme in research and therapy]. *HNO*. 2008;56(7):670–672. German. doi: [10.1007/s00106-008-1790-2](https://doi.org/10.1007/s00106-008-1790-2)
- Zöger S, Svedlund J, Holgers KM. Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. *Psychosomatics*. 2006;47(4):282–288. doi: [10.1176/appi.psy.47.4.282](https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.4.282)
- Choi JS, Yu AJ, Voelker CCJ, Doherty JK, Oghalai JS, Fisher LM. Prevalence of Tinnitus and Associated Factors Among Asian Americans: Results From a National

- Sample. *Laryngoscope*. 2020;130(12):E933–E940. doi: [10.1002/lary.28535](https://doi.org/10.1002/lary.28535)
20. Nolan DR, Gupta R, Huber CG, Schneeberger AR. An Effective Treatment for Tinnitus and Hyperacusis Based on Cognitive Behavioral Therapy in an Inpatient Setting: A 10-Year Retrospective Outcome Analysis. *Front Psychiatry*. 2020;11:25. doi: [10.3389/fpsy.2020.00025](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00025)
 21. Altissimi G, Salviati M, Turchetta R, Orlando MP, Greco A, De Vincentiis M, Ciofalo A, Marinelli C, Testugini V, Mazzei F, Cianfrone G. When alarm bells ring: emergency tinnitus. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016;20(14):2955–2973. PMID: 27460721.
 22. McKenna L, Handscomb L, Hoare DJ, Hall DA. A scientific cognitive-behavioral model of tinnitus: novel conceptualizations of tinnitus distress. *Front Neurol*. 2014;5:196. doi: [10.3389/fneur.2014.00196](https://doi.org/10.3389/fneur.2014.00196)
 23. Hu J, Xu J, Streelman M, Xu H, Guthrie O. The Correlation of the Tinnitus Handicap Inventory with Depression and Anxiety in Veterans with Tinnitus. *Int J Otolaryngol*. 2015;689375. doi: [10.1155/2015/689375](https://doi.org/10.1155/2015/689375)
 24. Folmer RL, Griest SE, Martin WH. Obsessive-compulsiveness in a population of tinnitus patients. *Int Tinnitus J*. 2008;14(2):127–130. PMID: 19205163.
 25. Hinton DE, Chhean D, Pich V, Hofmann SG, Barlow DH. Tinnitus among Cambodian refugees: relationship to PTSD severity. *J Trauma Stress*. 2006;19(4):541–546. doi: [10.1002/jts.20138](https://doi.org/10.1002/jts.20138)
 26. Fagelson MA. The association between tinnitus and posttraumatic stress disorder. *Am J Audiol*. 2007;16(2):107–117. doi: [10.1044/1059-0889\(2007/015\)](https://doi.org/10.1044/1059-0889(2007/015))
 27. Hiller W, Goebel G. When tinnitus loudness and annoyance are discrepant: audiological characteristics and psychological profile. *Audiol Neurotol*. 2007;12(6):391–400. doi: [10.1159/000106482](https://doi.org/10.1159/000106482)
 28. Stuerz K, Lafenthaler M, Pfaffenberger N, Kopp M, Gutweniger S, Guenther V. Body image and body concept in patients with chronic tinnitus. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2009;266(7):961–965. doi: [10.1007/s00405-008-0837-z](https://doi.org/10.1007/s00405-008-0837-z)
 29. Tegg-Quinn S, Bennett RJ, Eikelboom RH, Baguley DM. The impact of tinnitus upon cognition in adults: A systematic review. *Int J Audiol*. 2016;55(10):533–540. doi: [10.1080/14992027.2016.1185168](https://doi.org/10.1080/14992027.2016.1185168)
 30. Durai M, Searchfield G. Anxiety and depression, personality traits relevant to tinnitus: A scoping review. *Int J Audiol*. 2016;55(11):605–615. doi: [10.1080/14992027.2016.1198966](https://doi.org/10.1080/14992027.2016.1198966)
 31. Budd RJ, Pugh R. Tinnitus coping style and its relationship to tinnitus severity and emotional distress. *J Psychosom Res*. 1996;41(4):327–335. doi: [10.1016/s0022-3999\(96\)00171-7](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(96)00171-7)
 32. Pinto PC, Marcelos CM, Mezzasalma MA, Osterne FJ, de Melo Tavares de Lima MA, Nardi AE. Tinnitus and its association with psychiatric disorders: systematic review. *J Laryngol Otol*. 2014;128(8):660–664. doi: [10.1017/S0022215114001030](https://doi.org/10.1017/S0022215114001030)
 33. Tyrer P, Seivewright N, Seivewright H. Long-term outcome of hypochondriacal personality disorder. *J Psychosom Res*. 1999;46(2):177–185. doi: [10.1016/s0022-3999\(98\)00072-5](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00072-5)
 34. Jahrreiss W. Das hypochondrische Denken. *Archiv f. Psychiatrie* 1930;92:686–823. doi: [10.1007/BF01814123](https://doi.org/10.1007/BF01814123)
 35. Leonhard K. On the treatment of ideohypochondriac and senohypochondriac neuroses. *International Journal of Social Psychiatry*. 1961;(7):123–133.
 36. Ипохондрия и соматоформные расстройства. Под ред. А.Б. Смулевича; АМН, НИИ клинич. психиатрии. Москва: ИПТК «Логос», 1992:175 с. Ipokhondriia i somatoformnye. Pod red. A. B. Smulevicha; AMN, NII klinich. psikiatrii. Moskva: IPTK “Logos”, 1992:175 s.
 37. Смулевич АБ, Львов АН, Волель БА, Романов ДВ, Фомина ДС, Лобанова ВМ, Якимец АВ, Юзбашян ПГ, Скандарян АА, Стаканов ПА, Михайлова ВИ, Миченко АВ. К проблеме соматической-ипохондрической паранойи. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2023;123(4–2):6–13. doi: [10.17116/jnevro20231230426](https://doi.org/10.17116/jnevro20231230426)
Smulevich AB, Lvov AN, Volel BA, Romanov DV, Fomina DS, Lobanova VM, Yakimets AV, Yuzbashyan PG, Skandaryan AA, Stakanov PA, Mikhailova VI, Michenko AV. To the problem of somatic-hypochondriac paranoia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova. Special issues*. 2023;123(4–2):6–13. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro20231230426](https://doi.org/10.17116/jnevro20231230426)

Сведения об авторах

Анна Владимировна Якимец, кандидат медицинских наук, научный сотрудник, заведующий отделением, отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-2924-1855>

a.v.yakimets@mail.ru

Светлана Вячеславовна Морозова, доктор медицинских наук, профессор, кафедра болезней уха, горла и носа, ИКМ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-1458-6279>

morozova_s_v@staff.sechenov.ru

Павел Александрович Стаканов, аспирант, кафедра психиатрии и психосоматики, ИКМ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-8218-7520>

past376@gmail.com

Ольга Александровна Садкова, младший научный сотрудник, отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-9889-7925>

zlata-velta@mail.ru

Елена Павловна Полякова, врач — сурдолог-оториноларинголог, заведующая отделением, отделение аудиометрии и вестибулометрии, клиника болезней уха, горла и носа, ИКМ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Poliakovaep@mail.ru

Information about the authors

Anna V. Yakimets, Cand. of Sci. (Med.), Researcher, Head of Unit, Department of Borderline Mental Pathology and Psychosomatic Disorders, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-2924-1855>

a.v.yakimets@mail.ru

Svetlana V. Morozova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Department of Ear, Nose and Throat Diseases, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-1458-6279>

morozova_s_v@staff.sechenov.ru

Pavel A. Stakanov, Postgraduate Student, Department of Psychiatry and Psychosomatics, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-8218-7520>

past376@gmail.com

Olga A. Sadkova, Junior Researcher, Department of Borderline Mental Pathology and Psychosomatic Disorders, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-9889-7925>

zlata-velta@mail.ru

Elena P. Polyakova, Audiologist-Orhinolaryngologist, Head of Audiometry and Vestibulometry Department, Clinic of Ear, Throat and Nose Diseases, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Poliakovaep@mail.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interests

Дата поступления 15.06.2023
Received 15.06.2023

Дата рецензии 09.09.2023
Revised 09.09.2023

Дата принятия 25.09.2023
Accepted for publication 25.09.2023