1. Понятие конверсии и конверсионных расстройств

Термин «конверсия» (буквально «превращение», «преобразование») относится к причине расстройства, которая, будучи чисто психологической, выражает себя не на психологическом уровне (скажем, тревогой), а соматическими (телесными) симптомами.

Конверсионные расстройства - это разновидность соматоформных расстройств, при которых бессознательные мотивации приводят к нарушениям движений или чувствительности. К двигательным нарушениям относятся, например, абазия, тремор, параличи, слабость, афония; к чувствительным - снижение чувствительности (обычно - онемение), гиперестезия (жжение в области головы или желудка), слепота, сужение поля зрения (трубчатое зрение), тугоухость. Возможны припадки и рвота. Типично острое начало («Я проснулся и не смог пошевелить правой рукой»). Важно, что при объективном исследовании нет никаких характерных неврологических признаков (поражения определенной группы мышц или области иннервации одного дерматома, снижения чувствительности по типу «перчаток» или «носков»).

Еще один важный признак конверсионных расстройств - связь между обострениями и стрессом или иными сильными эмоциями (со слов самого больного или окружающих). Внезапно возникающие нарушения позволяют больному уйти от сложной ситуации или добиться помощи и заботы. Всегда обнаруживается подсознательная мотивация (например, боязнь проявить агрессию) или выгода (например, возможность манипулировать окружающими). Часто, однако, подсознательные стремления могут быть очень сложными, и понять их роль в заболевании можно только при очень подробном анализе. Некоторые рассматривают нарушения при конверсионных расстройствах как своего рода сигналы, с помощью которых подсознание пытается рассказать о внутренних психических процессах.

Конверсионные расстройства могут быть обусловлены сильной эмоциональной реакцией на соматические заболевания, и поэтому такие заболевания желательно выявлять и лечить в первую очередь. Однако при соматоформных расстройствах иногда это бывает особенно трудно: объективное исследование (ЭМГ, КТ, МРТ) может так «понравиться» больному, что он начнет активно менять врачей в поисках все более сложных методов диагностики.

В чистом виде конверсионное расстройство встречается нечасто, в большинстве случаев конверсионные симптомы сопровождают те или иные нарушения психологической адаптации. Пусковым механизмом, запускающим развитие конверсионного процесса, обычно являются психотравматические события (болезнь, смерть, травмы, ситуация угрозы жизни, насилие) - и организм реагирует на них подобным, на первый взгляд, парадоксальным образом.

Существуют две основные проблемы при диагностике этих расстройств:

. На начальном этапе заболевания практически невозможно полное исключение соматической патологии, способной вызвать диссоциативные (конверсионные) симптомы. Часто необходимо длительное наблюдение за пациентом, проведение многочисленных диагностических процедур (например, МРТ для исключения опухоли головного мозга), чтобы выставить этот диагноз. Во всех сомнительных случаях лучше остановиться на предварительном диагнозе диссоциативного (конверсионного) расстройства, чтобы не пропустить тяжёлое соматическое заболевание.

. Во многих случаях трудно определить являются ли симптомы расстройства бессознательными, или сознательными и намеренными (умышленное воспроизведение симптомов в психиатрии называется симуляцией). В большинстве случаев симуляцию наблюдают у находящихся под следствием, заключённых тюрем, солдат срочной службы, а также во время призыва в армию. Больные с диссоциативным (конверсионным) расстройством часто сознательно и умышленно преувеличивают бессознательные симптомы своего заболевания. Тем не менее при диагностике этого расстройства подразумевают существование бессознательного компонента в происхождении симптомов.

. Основные клинические особенности

• Диссоциативные (конверсионные) симптомы не являются по сути умышленными и преднамеренными, тем не менее они формируются под влиянием представления больного о том, как должно было бы проявляться физическое заболевание. Как было указано выше, больные диссоциативным (конверсионным) расстройством нередко сознательно и преднамеренно преувеличивают свои симптомы, однако в основе заболевания всегда лежат бессознательные и непреднамеренные психические механизмы. Больные этим расстройством не осознают, какая психологическая основа обусловливает их нарушения, поэтому они не могут управлять ими произвольно. Кроме того, совершенно очевидно, что диссоциативные (конверсионные) симптомы - выражение эмоционального конфликта, т.е. симптомы, как правило, развиваются в тесной связи с психологическим стрессом и часто проявляются внезапно.

• Отсутствие органического этиологического фактора. Наличие в настоящем или прошлом истинных неврологических нарушений или системных заболеваний, влияющих на ЦНС, отмечают у 40% больных диссоциативным (конверсионным) расстройством. Диссоциативные и конверсионные симптомы иногда трудно отличить от соматического или неврологического заболевания, что особенно характерно для пациентов, хорошо информированных о клинической картине и течении этих заболеваний. Но при медицинском осмотре и обследовании пациента не выявляют каких-либо явных соматических или неврологических нарушений. Следует помнить, что диагноз диссоциативного (конверсионного) расстройства устанавливают только при отсутствии физических или неврологических нарушений или при отсутствии этиологической связи с этими нарушениями.

• Несоответствие клинической картины диссоциативного (конверсионного) расстройства клинической картине схожих соматических и неврологических заболеваний. Диссоциативные (конверсионные) проявления не соответствуют симптомам истинных неврологических расстройств, отражая наивные представления больных об анатомической иннервации (например, характерная анестезия конечности; гемианестезия с границей чувствительности, проходящей точно по срединной линии). Это несоответствие крайне важно при уточнении диагноза.

• Идентификация. Больные часто бессознательно копируют симптоматические проявления, наблюдаемые ими у окружающих, которые для пациентов крайне значимы, например родители. Таким образом, пациенты как бы идентифицируют себя с этими людьми. Типичны случаи когда, например, после смерти отца у взрослой дочери развивается диссоциативный паралич, схожий по клинической картине с таковым, наблюдавшимся у отца перед смертью.

• Первичная выгода заключается в том, что при помощи процессов диссоциации и конверсии больному подсознательно удаётся избежать внутренних психологических конфликтов; например при диссоциативной амнезии из памяти пациента выпадают наиболее неприятные события.

• Вторичная (социальная) выгода заключается в том, что больные получают существенные преимущества в результате своей болезни. Больным удаётся избежать обязательных и трудных житейских ситуаций, потому что им всё прощается; со стороны окружающих они получают помощь, поддержку и внимание, которые без этого не получили бы; пациенты, используя своё состояние, могут манипулировать чувствами других людей. Например, диссоциативный паралич помогает пациенту отказаться от нежелательного для него ухода за пожилым родственником. У пациента обычно отсутствует адекватное осознание вторичной выгоды. Несмотря на характерность вторичной выгоды для диссоциативных и конверсионных расстройств, она не может быть использована при постановке диагноза.

. Типы диссоциативного (конверсионного) расстройства

конверсионный расстройство эмоциональный соматический

Различают двигательные, сенсорные диссоциативные расстройства и диссоциативные расстройства с психическими симптомами.

• К двигательным нарушениям при диссоциативном (конверсионном) расстройстве относят ступор, паралич, нарушения походки, тремор и тики, афония и мутизм, судороги.

Ш Диссоциативный ступор. Поведение больного соответствует критериям ступора: резко уменьшаются или отсутствуют произвольные движения и реакции на внешние стимулы (например, свет, шум, прикосновение). Больной длительное время неподвижен, отсутствуют речь и спонтанные и целенаправленные движения.

Ш Диссоциативный паралич проявляется в невозможности совершать движения какой-либо частью тела. Паралич вызван одновременным сокращением мышц-сгибателей и мышц-разгибателей (которые не парализованы). Паралич может охватывать одну, две или все четыре конечности, хотя распространение поражения не соответствует иннервации. Рефлексы не изменены, отсутствуют патологические рефлексы; фасцикуляции, признаки мышечной атрофии, изменения тонуса; на электромиограмме не обнаруживают патологических изменений.

Ш Диссоциативные нарушения походки. Походка некоординированная, атаксическая, шатающаяся и сопровождается выраженными, нерегулярными, дёргающимися движениями корпуса, а также беспорядочными движениями и размахиванием рук. Больные с диссоциативными нарушениями походки падают редко, а если падают, то обычно не получают повреждений. Нарушения походки усиливаются, когда на больного окружающие обращают внимание.

Ш Диссоциативный тремор часто бывает грубого характера и распространяется на всю конечность. Диссоциативный тремор усиливается при привлечении внимания к больному. При диссоциативном расстройстве также наблюдают и диссоциативные тики. При появлении у больного тремора и тиков необходимо исключить неврологическое заболевание, т.к. хореоатетоидные движения органической этиологии легко ошибочно принять за психогенные симптомы.

Ш Диссоциативные афония и мутизм не сопровождаются заболеваниями полости рта, голосовых связок.

Ш Диссоциативные судороги необходимо дифференцировать от истинных эпилептических припадков. При диссоциативных судорогах больные не теряют сознания во время приступа и сохраняют память на события этого периода; не характерна стереотипность движений. Больные с диссоциативными судорогами редко ударяются головой во время падения; судорожные движения театральны и всегда возникают в присутствии других лиц; при диссоциативных судорогах не наблюдают цианоза, непроизвольных мочеиспускания и дефекации, прикуса языка. В большинстве случаев отсутствует пароксизмальная активность на ЭЭГ (необходимо учесть, что у 10-15% взрослого населения наблюдают отклонения на ЭЭГ).

• К сенсорным диссоциативным нарушениям относят гиперестезию, парестезию, анестезию, слепоту, глухоту и туннельное зрение. Основные отличия этих расстройств от органических заболеваний заключаются в том, что их распространённость не соответствует иннервации, степень выраженности этих нарушений изменчива, симптомы расстройства могут уменьшаться при внушении и самовнушении.

Ш Анестезия, парестезия и гиперестезия при диссоциативном (конверсионном) расстройстве не соответствуют иннервации; симптомы чаще отмечают в конечностях. Парестезии и гиперестезии больными описываются, как правило, чувством боли или жжения. Например, можно наблюдать характерную парестезию конечностей по типу «чулок» и «носков»; гемианестезию с границей чувствительности, проходящей точно по срединной линии.

Ш Диссоциативные глухота, слепота и тоннельное зрение. Эти симптомы могут быть унилатеральными или билатеральными. Однако при неврологическом осмотре обнаруживают сохранность сенсорных путей. При конверсивной слепоте, например, больные могут передвигаться без посторонней помощи, зрачки хорошо реагируют на свет.

• Диссоциативные расстройства с психическими симптомами

Ш Диссоциативная амнезия (психогенная амнезия) - внезапная потеря больным памяти, обусловленная стрессом или травмирующим событием. Под влиянием психотравмирующей ситуации «выпадает», «вытесняется» из памяти всё, что с ней связано. Иногда больной временно забывает не только какой-то эпизод или отдельные события, но и всю свою жизнь вплоть до собственных имени и фамилии. Сознание больного не нарушено, он осознаёт потерю памяти, сохранена способность к усвоению новой информации. В период амнестического эпизода пациент может выглядеть дезориентированным, спутанным, бесцельно блуждающим, не узнавать хорошо ему знакомые лица. Иногда внешне пациент может сохранять привычное поведение и удовлетворительно выполнять какую-либо повседневную деятельность. Амнезия может приносить пациенту как первичную (например, утрата памяти о смерти близких), так и вторичную выгоду (например, удаление солдата в состоянии амнезии из зоны боевых действий). Диссоциативные амнезии обычно недлительны и кончаются полным восстановлением памяти. Расстройство обычно наблюдают во время войны или стихийного бедствия, чаще у молодых женщин.

Ш Диссоциативная фуга (психогенная реакция бегства, диссоциативная реакция бегства) характеризуется неожиданно совершаемой человеком поездкой или даже путешествием в состоянии, соответствующем диссоциативной амнезии. В отличие от психогенной амнезии, больной во время эпизода фуги не осознает расстройства памяти и внешне не выглядит дезориентированным. Пациент может считать себя совершенно другим человеком и заниматься совсем другим делом. Длительность фуги обычно составляет несколько часов/дней. Редкие случаи могут затягиваться на несколько месяцев, за которые иногда больной успевает проехать тысячи километров. Завершение эпизода, как и начало, происходит внезапно, часто на выходе из ночного сна. Характерна последующая частичная или полная потеря памяти на своё прошлое, во многих случаях без осознания этой потери.

Ш Диссоциативный ступор (истерический ступор, психогенный ступор, псевдокататонический ступор, эмоциональный ступор) также имеет психогенное происхождение; проявляется выраженной психомоторной заторможённостью, сопровождающейся мутизмом, выраженным аффективным напряжением. Мимика - выразительная, отражает аффект (страдание, отчаяние, злоба). При напоминании о психологической травме у пациентов учащается пульс, на глаза наворачиваются слёзы, вздрагивают веки и крылья носа. Характерна сохранность нормального мышечного тонуса, дыхания, способности самостоятельно поддержать вертикальное положение тела.

Ш Синдром Ганзера - редкое состояние, при котором диссоциативное нарушение памяти сопровождается психогенными соматическими симптомами, зрительными галлюцинациями и сумеречным помрачением сознания. Расстройство чаще регистрируют у мужчин, особенно среди заключённых. При синдроме Ганзера иногда наблюдают мимоговорение (миморечь) - неправильные ответы на простые вопросы (на вопрос «Сколько будет дважды семь?» больной отвечает «Пятнадцать»).

Ш Расстройство в форме множественной личности (диссоциативное расстройство идентификации) - исключительно редкое состояние, при котором происходит идентификация человека с несколькими личностями, которые как бы существуют в нём одном; каждая из них периодически доминирует, определяя его взгляды, поведение и отношение к самому себе так, как если бы другие личности отсутствовали. Различные личности могут иметь разные физиологические характеристики, например им нужны разные рецепты на очки; возможны разные ответы на психометрическое тестирование, например различные личности могут иметь разный IQ. Личности могут принадлежать к разному полу, иметь разный возраст и относиться к различным национальностям, у каждой из них обычно есть своё имя или описание. В период преобладания одной из личностей пациент не помнит своей исходной личности и не осознаёт существования других личностей. Имеется тенденция к внезапному переходу от доминирования одной личности к доминированию другой.

Ш Диссоциативное расстройство в виде транса. Расстройство сознания со значительным снижением способности реагировать на внешние раздражители. Состояние транса наблюдают у медиумов во время спиритических сеансов, у лётчиков во время длительных перелётов вследствие монотонности движения при высоких скоростях и однообразия зрительных впечатлений, что может привести к авиакатастрофам. У детей такие состояния могут наступать после физического насилия или травмы. Особые состояния одержимости наблюдают в определённом регионе или в условиях той или иной культуры, например «амок» у малайцев (внезапный приступ ярости с последующей амнезией, во время которого больной бежит, уничтожая всё на своём пути, до тех пор, пока не искалечит или не убьёт себя), «пиблокто» у эскимосов (приступы возбуждения с последующей амнезией, во время которых больные кричат, имитируют звуки животных, срывают с себя одежду).

4. Дифференциальная диагностика

В большинстве случаев наибольшие проблемы вызывает исключение органических заболеваний ЦНС. Например, слабость отмечают при миастении, миопатиях и рассеянном склерозе. Неврит зрительного нерва может быть ошибочно принят за диссоциативную слепоту. Симптомы и признаки, не соответствующие анатомическим структурам или известным патофизиологическим механизмам каких-либо заболеваний, а также варьирующие от одного обследования до другого, скорее обусловлены диссоциативным расстройством, чем соматическим заболеванием. Таким образом, во всех случаях необходимо проведение тщательного соматического и неврологического обследования больного. Симптомы. которые исчезают под влиянием гипноза, внушения или при внутривенном введении барбамила, также скорее всего являются психогенными.

При проведении дифференциальной диагностики диссоциативного (конверсионного) расстройства необходимо учесть следующие клинические особенности:

• Возраст начала заболевания. Диссоциативные расстройства чаще всего впервые обнаруживают в возрасте до 40 лет.

• Появление симптомов провоцируют стрессовые ситуации. Если такие ситуации отсутствуют, то диагноз расстройства сомнителен. Однако сами по себе стрессовые ситуации не доказывают диагноз диссоциативного расстройства, т.к. они часто предшествуют соматическим заболеваниям.

• Вторичная выгода (см. выше). При отсутствии вторичной выгоды диагноз диссоциативного расстройства следует пересмотреть. Однако присутствие только вторичной выгоды не доказывает диагноз расстройства, т.к. иногда пациенты с соматическими заболеваниями используют своё состояние для достижения каких-либо целей (например, пособия по инвалидности).

5. Лечение

Прежде всего, необходимо по возможности устранить травмирующие обстоятельства либо смягчить их влияние. Иногда положительное воздействие оказывает перемена обстановки. Главное место в лечении диссоциативных расстройств отводят психотерапии, в частности рациональной. Пациенту необходимо деликатно объяснить, что симптомы вызваны не соматическим заболеванием, а психологическими причинами, например можно сказать больному, что у него всё в порядке, что все болезненные симптомы со временем пройдут и что ему показано лечение с помощью психологических методов. Если сказать таким больным, что все их жалобы являются плодом воображения, это приводит не к улучшению, а к ухудшению. Многократные настойчивые и целенаправленные беседы с больным способствуют выработке у него правильного отношения к причинам заболевания.

Психологическое лечение.

Метод выбора - психоаналитическая психотерапия. В некоторых случаях успешными оказываются гипноз и поведенческая психотерапия. Важное условие успешного лечения - изучение социальной ситуации больного с целью устранения вторичных выгод от заболевания.

Лекарственная терапия играет незначительную роль в лечении диссоциативных расстройств, кроме тех случаев когда конверсионные симптомы возникают вторично и обусловлены депрессивными расстройствами. При выраженной тревоге рекомендуют транквилизаторы, например диазепам 2-10 мг внутрь 2-4 р/сут (длительное лечение не показано из-за высокого риска развития зависимости). При депрессивных состояниях назначают антидепрессанты, например флуоксетин 20-40 мг/сут.

Тактика ведения. У большинства больных на фоне лечения наступает улучшение. При отсутствии эффекта от терапии необходимо ещё раз исключить возможность соматического заболевания. Для лечения диссоциативных расстройств применяются более короткие и директивные методы психотерапии. Чем больше времени такие больные находятся в роли больных, тем хуже они поддаются терапии

. Прогноз

• В большинстве случаев конверсивные симптомы непродолжительны, внезапно начинаются и так же внезапно заканчиваются.

• Длительно текущие диссоциативные расстройства, сочетающиеся со вторичной выгодой, плохо поддаются терапии.

• Диссоциативная амнезия - внезапное окончание расстройства, немногочисленные рецидивы.

• Диссоциативная фуга - обычно кратковременное нарушение, выздоровление наступает спонтанно и быстро, редкие рецидивы • Диссоциативное расстройство идентификации - наиболее тяжёлое из диссоциативных расстройств с наибольшей вероятностью хронического течения. Больные с диссоциативными расстройствами личности на протяжении всей жизни, оставаясь внешне абсолютно здоровым, могут страдать от депрессивных состояний.

. Понятие алекситимии

Алекситимия (от греч. а - отрицание, греч. lexis - слово, греч. thymos - чувство, буквально «без слов для чувств») - психологическая характеристика личности, включающая следующие особенности:

• затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и эмоций других людей;

• затруднение в различении эмоций и телесных ощущений;

• снижение способности к символизации, в частности к фантазии;

• фокусирование преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям;

• склонность к конкретному, утилитарному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций.

Все перечисленные особенности могут проявляться в равной степени или одна из них может преобладать.

Термин «алекситимия» ввел Сифнеос в 1973 г. В своей работе, опубликованной еще в 1968 г., он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств.

Это ограничение чувственных связей с миром, и оно уменьшает способность отличать чувства от телесных ощущений, адекватно реагировать в стрессовых и конфликтных ситуациях, понимать мир во всей его сложности и построить образный контекст ситуации. Поэтому у человека возникает ощущение, что его преследуют неудачи в деятельности, возможно, реальные, а возможно, существующие только в его в сознании. И эти неудачи начинают приобретать для человека большую эмоциональную значимость и личностный смысл, чем достижение цели. И тогда искажается мотивационная сфера, смысловые акценты смещаются, а именно они во многом определяют взаимоотношения человека с окружающей действительностью.

. Как проявляется алекситимия?

Обычно алекситимия проявляется таким образом: у Вас «нет слов» для выражения чувств, или Вы затрудняетесь в определении эмоционально-заряженной значимой для Вашей внутренней психической жизни ситуации, или не способны объяснить, рассказать, что с Вами происходит на уровне чувств. Обычно при алекситимии Вам редко снятся сны и они неяркие и обрывочные.

Как это выглядит в реальной жизни? Если, например, такому человеку, который просто сидит в кресле, задать вопрос: «Что вы сейчас чувствуете?», он достаточно часто ответит: «Ничего. Что я могу чувствовать, если вокруг ничего не происходит? Чувствую, что кресло мягкое…» или начнет переходить к описанию своих действий: «Сижу в кресле. На картину на стене смотрю» или к описанию ситуации: «За окном хорошая погода. На стене картина…». Вместо того, чтобы сказать: «Я чувствую радость, потому что за окном хорошая погода, а на стене красивая картина»…

. Как возникает алекситимия?

Алекситимия может быть устойчивой чертой личности, а может - временной реакцией на депрессию или тревогу. Если это - черта человека, то начинается ее развитие в подростковом возрасте. Если не научить ребенка рассказывать о том, что он чувствует, как он это выражает, он тогда не научится сопереживать. А родители часто не просто не спрашивают ребенка о его чувствах, а наоборот, учат всячески их скрывать, демонстрируя своим примером соответствующее поведение. И вырастают люди с неразвившейся в нужном возрасте способностью к осознанию и выражению чувств - люди с первичной алекситимией.

Рассмотрим прежде всего представления о ней как о первичном процессе, в котором ведущая роль может принадлежать генетическим механизмам, дефектам или особым вариантам развития головного мозга.

Первичную (конституциональную) алекситимию некоторые авторы рассматривают в рамках модели «дефицита», определяющего отсутствие функций, связанных с выражением аффекта и фантазий. J. Nemiah и P. Sifnoes эмпирически связывали алекситимическое расстройство с нарушениями в области палеостриального тракта, в результате чего, по их мнению, и происходит подавление импульсов от лимбической системы к коре головного мозга.

Дальнейшее развитие представлений о генезе алекситимии было связано с экспериментальными работами, в которых было установлено, что левое полушарие не распознает эмоциональных переживаний, возникающих в правом полушарии, вследствие их нарушенного взаимодействия. Известно, что существуют комиссуральные проводящие пути, которые проходят через мозолистое тело и объединяют функции полушарий головного мозга. Оказалось, что лица, подвергшиеся церебральной коммисуротомии (перерезке на уровне мозолистого тела), характеризуются сниженной способностью к символизации, фантазированию, а также реже видят сновидения. В соответствии с этим были высказаны предположения о возможности возникновения у человека «функциональной комиссуротомии». В первую очередь в этом аспекте стали рассматривать алекситимию: ее начали трактовать как синдром «расщепленного мозга» (split brain).

К изложенной нейроанатомически-нейрофизиологической гипотезе близка другая, рассматривающая алекситимию как дефект развития головного мозга. При этом предполагают дефект мозолистого тела или билатеральную либо аномальную локализацию центра речи в правом полушарии.

Некоторые авторы, основываясь на изучении близнецов, большое место в развитии синдрома алекситимии отводят генетическим факторам.

Но алекситимия может быть и вторичной. Она развивается в результате преобладания в процессе развития личности защитных механизмов. То есть, если выражение чувств приносило в прошлом отрицательный результат - боль, страх, чувство вины и т.д., человек получал негативный травмирующий опыт и, как следствие, приходил к выводу, что чувства свои лучше никогда не показывать и никому о них не рассказывать. А чтобы случайно не проговориться, лучше скрывать их и от самого себя. К сожалению, отказ от возможной боли часто влечет и обратную сторону - отказ от возможной радости.

К вторичной алекситимии относят, в частности, состояние глобального торможения аффектов или «оцепенения», наступающее в результате тяжелой психологической травмы (модель «отрицания»). Алекситимия в этом случае может отражать в патологической форме горе или скрытую депрессию. В данном случае она рассматривается как «защитный механизм», хотя и не является психологической защитой в классическом понимании. Но при этом следует учитывать, что для алекситимичных личностей характерен так называемый «незрелый» тип защиты, особенно от сверхсильных, непереносимых для них аффектов.

Выявление алекситимии при маскированных депрессиях и неврозах дало основание некоторым авторам рассматривать ее с позиций невроза. Алекситимичные черты часто встречаются у пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами. При целом ряде пограничных психических расстройств была установлена положительная связь между уровнем алекситимии, депрессии и тревоги. В связи с этим были высказаны предположения, что алекситимичные черты развиваются на основе предшествующей тревоги и депрессии.

Недавно появились работы, в которых был освещен новый аспект проблемы алекситимии, а именно ее связь с риском наступления смертельных случаев. Речь идет о том, что наличие алекситимических характеристик в структуре личности мужчин в возрасте 42-60 лет повышает риск их преждевременной смерти от разных причин (включая несчастные случаи, насилие и т.д.) в 2-3 раза. Имеется также целый ряд так называемых социологических теорий, объясняющих появление синдрома алекситимии в аспекте поведенческих, социальных, культуральных факторов.. Krystal полагает, что эмоциональное развитие человека и соответственно патология эмоциональности находятся в прямой зависимости от характера отношений в системе мать - ребенок в раннем детстве. Существуют работы, в которых ведущая роль в формировании алекситимии отводится семье: трудности при описании своих эмоций у взрослых были отмечены как при низком уровне материнской заботы, так и при гиперопеке матери в детстве.

В литературе рассматриваются также вопросы предрасположенности к развитию алекситимии в зависимости от половых, возрастных особенностей, образования, рода занятий и уровня социальной культуры. Отмечено, что алекситимия чаще встречается среди мужского населения с низким социальным статусом и доходом, а также невысоким уровнем образования. Наблюдается тенденция к увеличению частоты алекситимии (до 34%) в позднем возрасте (для сравнения: среди студентов признаки алекситимии имеют 8,2% мужчин и 1,8% женщин).

При сравнении средних показателей, характеризующих уровень алекситимии у здоровых жителей разных стран, было установлено, что средний балл алекситимии у англоязычных мужчин ниже, чем у неанглоязычных жителей Европы; носители китайского языка в свою очередь продемонстрировали более высокий средний балл алекситимии по сравнению с европейским населением. Такого рода различия обоснованно объясняются культуральными особенностями разных народов.

Было также выявлено, что такая алекситимическая характеристика, как трудность дифференциации чувств и телесных ощущений, связана с общим количеством лет образования человека, его социальным статусом и выраженностью депрессии; трудность вербализации чувств зависит от возраста человека, его социального положения, депрессии и перенесенных болезней; бедность фантазий и воображения связана с возрастом человека и его социальной адаптацией.

Широко обсуждается вопрос, касающийся предрасположенности алекситимичных индивидов к развитию патологии влечений - зависимости от алкоголя, наркотиков. Отмечена предрасположенность лиц с алекситимией к алкоголизму и наркомании, хотя в развитии никотиновой зависимости алекситимии отводится незначительная роль.

Большое клиническое значение имеет вопрос о стабильности алекситимии. По мнению J. Salminen, проводившего в течение года наблюдение за амбулаторными психически больными, алекситимия является очень устойчивым расстройством (судя по характеристикам, речь в этом случае шла о первичной алекситимии)

. Психологический склад человека

Не надо думать, что алекситимия - это болезнь, нет, это явление, комплексная характеристика личности, определенный психологический склад человека. Но если это не болезнь, то какой смысл нам вообще говорить об этом? Однако не все так просто.

Это явление свидетельствует о том, что человек закрыт к новому опыту и центрирован на негативных переживаниях. Люди с алекситимией больше других склонны к депрессии и развитию психосоматических заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и др.), а течение этих болезней у них, в среднем, более тяжелое по сравнению с другими больными.

Алекситимия может являться также характерным признаком тяжелой длящейся стрессовой ситуации, к которой человек уже привык и оценивает ее как нормальную. А следствием алекситимии нередко является одиночество. Кроме того, алекситимия характеризуется определенными нарушениями эмоциональных и личностных процессов, а также сферы мышления.

В эмоциональной сфере она проявляется как неспособность к точному распознаванию и описанию своего эмоционального состояния и эмоционального состояния других людей, недостаточная эмоциональная включенность в объективную ситуацию (фиксирование в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях), затруднения в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями. Такие люди не могут, например, отличить хроническую усталость от состояния депрессии.

В личностной сфере алекситимия проявляется в нежелании или неспособности к рефлексии (процесс самопознания человеком своих внутренних психических актов и состояний, процесс размышления о происходящем в его собственном сознании), что, в свою очередь, приводит к упрощению жизненной направленности, обеднению взаимосвязей с окружающим миром, иногда - некоторой инфантильности.

В сфере мышления человек предпочитает пользоваться наглядно-действенным мышлением, а не абстрактно-логическим, не использует возможности своего воображения, о чем свидетельствует отсутствие склонности к мечтам и фантазиям. Он также мало использует процессы категоризации (психический процесс отнесения единичного объекта, события, переживания к некоторому классу, то есть категоризация - это процесс обобщения с последующей классификацией) и символизации мышления.

. Методики измерения алекситимии

Для определения степени выраженности алекситимии использовались различные анкеты: BIQ (опросник Бет, Израиль), АРВQ (создан на основе шкалы BIQ), SSPS (личностная шкала Sifnoes); применялась также 22-пунктовая шкала алекситимии в MMPI. Но все они давали весьма противоречивые данные, поэтому не нашли широкого применения в научных исследованиях.

Большее распространение получила предложенная в 1985 г. G. Taylor и соавт. 26-пунктовая Торонтская алекситимическая шкала (TAS). Многочисленные исследования с применением TAS доказали стабильность, надежность и валидность ее факторной структуры и соответственно получаемых результатов.

Русский вариант TAS был адаптирован в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. При заполнении анкеты испытуемый характеризует себя, используя для ответов шкалу Ликерта - от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен». При этом одна половина пунктов имеет положительный код, другая - отрицательный. Алекситимичными считают людей, набравших по TAS 74 балла и более, отсутствию алекситимии соответствует показатель менее 62 баллов.

. Торонтская Алекситимическая Шкала

Тест адаптирован в институте им. В.М. Бехтерева.

Рекомендации.

Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений (ставьте Х в соответствующем месте). Дайте только один ответ на каждое утверждение: 1) совершенно не согласен, 2) скорее не согласен, 3) ни то, ни другое, 4) скорее согласен, 5) совершенно согласен.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | утверждения | совершенно не согласен | скорее не согласен | ни то, ни другое | скорее согласен | совершенно согласен |
|  |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Когда я плачу, всегда знаю, почему |  |  |  |  |  |
| 2 | Мечты - это потеря времени |  |  |  |  |  |
| 3 | Я хотел бы быть не таким застенчивым |  |  |  |  |  |
| 4 | Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю |  |  |  |  |  |
| 5 | Я часто мечтаю о будущем |  |  |  |  |  |
| 6 | Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие |  |  |  |  |  |
| 7 | Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений |  |  |  |  |  |
| 8 | Мне трудно находить правильные слова для моих чувств |  |  |  |  |  |
| 9 | Мне нравится ставить людей в известность о совей позиции по тем или иным вопросам |  |  |  |  |  |
| 10 | У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам |  |  |  |  |  |
| 11 | Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит |  |  |  |  |  |
| 12 | Я способен с легкостью описать свои чувства |  |  |  |  |  |
| 13 | Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать |  |  |  |  |  |
| 14 | Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол |  |  |  |  |  |
| 15 | Я часто даю волю воображению |  |  |  |  |  |
| 16 | Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим |  |  |  |  |  |
| 17 | Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле |  |  |  |  |  |
| 18 | Я редко мечтаю |  |  |  |  |  |
| 19 | Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так |  |  |  |  |  |
| 20 | У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение |  |  |  |  |  |
| 21 | Очень важно уметь разбираться в эмоциях |  |  |  |  |  |
| 22 | Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям |  |  |  |  |  |
| 23 | Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства |  |  |  |  |  |
| 24 | Следует искать более глубокие объяснения происходящему |  |  |  |  |  |
| 25 | Я не знаю, что происходит внутри меня |  |  |  |  |  |
| 26 | Я часто не знаю, почему я сержусь |  |  |  |  |  |

ОБРАБОТКА ДАННЫХ

Подсчет баллов осуществляется таким образом:

«совершенно не согласен» - оценивается в 1 балл,

«скорее не согласен» - 2,

«ни то, ни другое» - 3,

«скорее согласен» - 4,

«совершенно согласен» - 5.

Так оцениваются пункты шкалы: 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26.

Иначе оцениваются пункты шкалы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24.

В них ставим противоположную оценку в баллах по этим пунктам (то есть оценка 1 получает 5 баллов; 2-4; 3 - 3; 4 - 2; 5 - 1);

Сумма баллов, полученная в результате сложения по всем пунктам, есть итоговый показатель « алекситимичности ». Результаты могут распределиться в интервале от 26 до 130 баллов.

«Алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше.

Основываясь на клиническом опыте, оказавшихся в группе от 62 до 74 баллов, полагают целесообразным отнести к группе риска, провести дополнительную уточняющую диагностику, определить факторы, оказывающие негативное влияние, и в дальнейшем периодически приглашать на тестирование для исключения отрицательной динамики.

«Неаликситимический» тип личности набирает 62 балла и ниже.

Заключение

Таким образом, к характеристике черт алекситимии, обнаружившейся при психологическом исследовании относятся:

бедность языка в самоописаниях и общении;

малая представленность в настоящем событии прошлой жизни;

невозможность адекватного прогноза собственной деятельности (даже в экспериментальной ситуации);

недостаточная инициатива и активность в поиске средств - даже при выполнении экспериментальных заданий;

зависимость от близкого взрослого (матери) при совместном выполнении ряда заданий;

неустойчивость и недифференцированность самооценки, в ряде случаев полная проекция оценок окружающих в структуре самооценки больного;

неустойчивость и неадекватность целеполагания при исследовании уровня притязаний;

неопределенность или полное отсутствие перспективы будущего.

Одним из основных направлений профилактики нарушений межличностных отношений, психосоматических расстройств, неврозов, депрессии и самодеструктивного поведения является развитие способности и желания выражать свои эмоции и потребности в "полных" словах, свободно обмениваться ими со "значимыми другими".

Ограничение возможности понимать себя, связанное со слабым использованием способностей к рефлексии, становится значительным препятствием для осознания происходящего, для возможности целостного представления собственной жизни. Ведь рефлексия дает возможность посмотреть на себя со стороны, осознать смысл собственной жизни и деятельности, позволяет увидеть их во временной взаимосвязи, осуществить смысловое связывание настоящего с прошлым и будущим, что позволяет человеку создавать и сохранять внутреннюю гармонию, необходимым образом изменять свой внутренний мир и не оказываться всецело во власти ситуации.

Саморегуляция позволяет человеку меняться в соответствии с изменением обстоятельств внешнего мира и условий его жизни, поддерживает необходимую для деятельности человека психическую активность, обеспечивает сознательную организацию и коррекцию его действий.

Главное, что человек осознает мотивы собственной деятельности и может управлять своими потребностями, и это дает ему возможность быть хозяином, творцом собственной жизни, свободу от обстоятельств и возможность самоактуализации, активного творческого отношения к своей жизни, понимание своей самоидентичности. Способность произвольно управлять собственными мотивами - одна из важнейших характеристик человека, показатель гармонии и зрелости личности, к чему и нужно стремиться.