

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АЛЕКСИТИМІЧНОЇ ПСИХАЛГІЇ

У статті розглядаються клініко-психологічні аспекти алекситимічної психалгії і аналізуються питання комплексної психологічної корекції зазначеного феномену.

Ключові слова: вчення про біль, клініко-психологічні аспекти, алекситимічна психалгія, психокорекція.

Вчення про біль є однією з центральних проблем біології, медицини та сучасної психології. П.К. Анохін [4] визначав біль, як своєрідний психічний стан людини, зумовлений сукупністю фізіологічних процесів центральної нервової системи, викликаних будь-яким надсильним або руйнівним роздратуванням.

У наукових працях М.І. Аствацатурова і Л.А. Орбелі особливо чітко сформульовані уявлення про загально-біологічне значення болю. На відміну від інших видів чуттєвості, болоче відчуття виникає під впливом таких зовнішніх подразнень, які ведуть до руйнування організму або загрожують цим руйнуванням. Біль попереджає про загрозу небезпеки людини, він є сигналом та симптомом хворобливих процесів, що розгріваються в різних частинах організму. Для медичної практики у зв'язку з "сигнальним" значенням болю дуже важливою є об'єктивна характеристика больового відчуття. Складність цієї оцінки пов'язана з тим, що за своїм характером біль є суб'єктивним відчуттям, залежним не тільки від величини подразника, який його визиває, а й від психічної, емоційної реакції особистості на біль. "... як гранична проблема загальної нейрофізіології і науки, що вивчає первинні форми відчуттів, тобто стану суб'єктивного характеру, - писав П. К. Анохін [4], - біль може мати величезний пізнавальний зміст та представляти опору віку на великій і важкій дорозі матеріалістичного аналізу психічних станів". "Ми не рівні перед болем" (Leriche R.). Цей подвійний характер болю пояснює, чому в працях ряду видатних представників медицини зустрічається недооцінка певною мірою значення для діагностики ступеню суб'єктивного переживання болю людиною.

Вивченню умов, що визначають інтенсивність больового відчуття, присвячені численні дослідження. Вони з переконливістю показали, що переживання болю індивідом залежить як від величини подразнення (перш за все від його сили, тривалості та якості), так і від індивідуальної реактивності організму, функціонального стану його нервової системи, що залежать, у свою чергу, від ряду факторів, у тому числі й психологічних. Підкреслюється неабсолютне значення кожного із зазначених компонентів, що визначають суб'єктивне переживання болю.

Розглянемо **основні фактори, що впливають на інтенсивність больового відчуття.**

- Переживання болю в звичайних умовах залежить від сили і тривалості больового подразника. Ця залежність особливо очевидна у випадках досить інтенсивного тривалого потоку больовий імпульсації. При цьому в нервових центрах (у підкріжкових утвореннях і в корі) виникає складання, яке І. П. Павлов охарактеризував як інертний процес порушення, а А.А. Ухтомський назвав домінантою [1, 4]. Больовий синдром, що став домінантним, обростає різноманітними умовними зв'язками, які утворюються не тільки на основі першосигнального і другосигнальних подразників, але й у зв'язку з уявленнями та більш складними психічними переживаннями. Класичним прикладом домінанти є больовий синдром при виражених каузалгіях.

- На інтенсивність больового відчуття впливає також тип нервової системи, порушення діяльності залоз внутрішньої секреції, зокрема статевих залоз та інше.

У ряді психологічних факторів, що мають велике значення в процесі переживання болю, слід насамперед вказати на наступні:

- відволікання уваги і зосередження на болі;
- очікування болю;
- різноманітні емоційні стани – горе, радість, гнів;
- особливості особистості - стійкість та витривалість до болю, зніженість ;
- суспільно-моральні установки;
- зміст і спрямованість життєвих зв'язків людини, що визначають його відношення до болю.

В останні роки, численні дослідження нейропсихологів вказують на актуальність дослідження психологічних аспектів фізичного болю і, разом з цим, виділяють як окремий науковий напрям дослідження душевного болю без наявності фізичних подразників, тобто як окремий психологічний феномен.

Таблиця 1

Співвідношення фізіологічних і психологічних факторів при фізіогенному болю і психалгіях

"Психалгія"



"Фізіогенний біль"

Цей психологічний феномен більшістю сучасних авторів позначається як "алекситимія" або "алекситимічна психалгія". Проблема дослідження алекситимічної психалгії знаходиться на стику загальної психології, нейропсихології, а так само вікової і навіть педагогічної психології.

За даними різних досліджень, число алекситиміків різного віку складає від 5 до 23% населення. Такий розкид у результатах пояснюється тим, що деякі дослідники зараховують до цієї категорії тільки людей з аутистичними розладами, тих, в яких алекситимія виражена тотально, інші - усіх, хто має хоч якісь алекситимічні риси.

Алекситимія у психічно нормальних людей не означає бездушність. Просто вони зазнають труднощів при словесному описі своїх емоцій і відчуттів. Дефіцит зовнішніх проявів емоційних реакцій у алекситиміків виливається в тілесно-вегетативні реакції, тобто відчуття і не завжди усвідомлювані почуття, але вони придушуються та, не маючи виходу, трансформуються у внутрішніх органах у хворобливі явища, викликаючи таким чином психосоматичні хвороби. А в людей з аутистичними розладами доступ інтелекту до почуттів може бути повністю перекритий, іноді настільки, що деякі з них сприймають дієслова "думати" і "відчувати" як синоніми.

Експериментальні нейропсихологічні дослідження пояснюють природу такого ускладнення доступу до усвідомлення почуттів і словесному опису відчуттів в основному **3 причинами** (див. таблиця № 2).

Таблиця 2

Нейропсихологічні причини алекситимії

1 причина	придушення імпульсів, що йдуть від лімбічної системи, відповідальної за емоції, до кори головного мозку
2 причина	порушення взаємодії між правою і лівою півкулями, у результаті чого ліва півкуля не розпізнає сигналів емоційних переживань, що виникають у правій півкулі
3 причина	дефекти розвитку головного мозку, що передаються генетично

Експериментальні психологічні дослідження пояснюють алекситимічні прояви іншими причинами: з одного боку - психологічними особливостями самої особистості, та особливостями сприйняття особистістю світу в певний період життя, з іншого. Що стосується першого, серед психологічних особливостей саме особистості, виділяються підвищена особистісна тривожність. Перебуваючи під сильним впливом емоцій, алекситиміки діють, особливо в критичних ситуаціях, імпульсивно, вони не спроможні оцінювати і відслідковувати емоції розумом, втрачаючи здатність до аналізу та критики. Це ще більше ускладнює усвідомлення і здатність описати власні емоції і зрозуміти емоції іншої людини, визначити відмінності між відчуттями і почуттями.

Що стосується другого - особливості сприйняття особистістю світу в певний період життя, слід зазначити, що більшість алекситиміків схильні сприймати світ через відчуття, у них менш розвинені візуальна і аудіальна системи, а якщо й розвинені, то негативні переживання закріплюються саме у відчуттях і не усвідомлюються.

Саме те, що людина застрягає на негативних відчуттях у певні кризові або стресові періоди життя, сприяє соматизації тривоги, тобто перетворення внутрішньої тривоги в тілесні недуги (психосоматичні та аутоімунні захворювання, злоякісні новоутворення та інші хвороби). Помічено, що люди з алекситимічними рисами більш схильні до залежностей (алкогольної, наркотичної, ігрової, харчової та ін.) У тісному зв'язку психосоматичних захворювань,

підвищеній тривожності і алекситимії остання може бути і причиною, і наслідком. Крім того, за спостереженнями дослідників, люди з алекситимічними проблемами гірше піддаються лікуванню.

Виділяють первинну і вторинну алекситимії. (Див. табл. 3).

Таблиця 3



Первинна алекситимія пояснюється дефектами розвитку мозку у внутрішньоутробному розвитку, наслідками родової травми, післяпологовими ускладненнями і виявляється з раннього дитинства.

Вторинна алекситимія розвивається внаслідок психотравми, але найчастіше на тлі легких неврологічних порушень або мінімальних мозкових дисфункцій. Вона може стати проявом прихованої депресії, підвищеної тривожності, посттравматичного стресового розладу.

На розвиток вторинної алекситимії визначальним чином впливає неправильне виховання (відхилене, суперечливе, гіперопіка, гіпоопіка).

З точки зору психіатрії, вважається, що первинна алекситимія практично не піддається корекції. Психотерапія вторинної алекситимії в більшості випадків може бути змішаною, проте для закріплення позитивних результатів бажана і медикаментозна терапія. У відношенні алекситиміків - і при депресії, і при посттравматичному стресовому розладі - проводиться психотерапія, спрямована на зниження рівня тривоги і психоемоційного напруження. Крім цього, необхідне застосування спеціальних методик, що допомагають хворому навчитися розпізнавати і описувати словами свої емоції, долати дефіцит емоційних реакцій, розвивати міжпівкульні зв'язки та здатність включати увагу.

Когнітивний стиль, а також афективні порушення, спостерігаються зазвичай у пацієнтів з психосоматичними та посттравматичними розладами. Типовою для алекситимії є погана диференціація і вербалізація афектів, що втрачають свої сигнальні функції (неефективність комунікації). Наприклад, психосоматичні пацієнти часто ігнорують сигнали про соматичне або психічне неблагополуччя, що зовні виявляють як стоїцизм, іноді супроводжується застиглими позами і "дерев'яним" виразом обличчя. Так звані, адиктивні хворі особливо бояться соматичних симптомів і намагаються блокувати їх за допомогою хміпшної речовини. Пацієнти з посттравматичними порушеннями нерідко не здатні відчувати радість (стан, відомий під назвою **ангедонія**).

Особам з проявами алекситимії властиве надзвичайно конкретне мислення, і вони можуть здаватися пристосованими до вимог реальності. Однак під час психотерапії когнітивні порушення стають очевидними: пацієнти монотонно й докладно викладають тривіальні, хронологічно впорядковані вчинки, реакції та події повсякденного життя. В цілому їм бракує уваги, інтуїції, емпатії та спрямованої на задоволення потягів фантазії, особливо що співвідноситься з об'єктом. Вони орієнтуються насамперед на матеріальний світ, а до себе ставляться як до робітників. Зазначені особливості є серйозною перешкодою для проведення психоаналітичної психотерапії. Разом з тим, часті загострення психосоматичного недуги або зловживання лікарськими речовинами змушує таких пацієнтів вдаватися до психотерапії.

Розглянемо особливості психологічної корекції алекситимії.

Існування різних теорій походження алекситимічних рис породжує відповідно і різноманітність поглядів на можливість їх корекції. Мабуть, справедливою слід вважати точку зору про безуспішність спроб корекції первинної алекситимії, але ставлення до впливу на вторинну алекситимію може бути більш оптимістичним. Це доводиться цілим рядом робіт, в яких показано, що явища вторинної алекситимії зазвичай зникають після проведення певної психотерапевтичної корекції. De Groot та співавтори (7, 8) показали зниження рівня алекситимії з 61,3% до 32,3% у результаті психотерапії, проведеної у хворих з неврогенною булемією.

Для психотерапевтичної корекції феномена алекситимії безуспішно використовуються звичайна та модифікована психодинамічна психотерапія, "внутрішній змінач мови" та ін. Подібна терапія спрямована на те, щоб допомогти хворому розпізнати, а потім вербалізувати свої емоції, а також розвинути здатність до уваги.

Особливу увагу слід приділити психокорекції стану алекситимії в дітей та підлітків. Оскільки, на відміну від дорослих, дитина не може повноцінно описувати словами свій стан і не здатна зрозуміти зв'язок свого справжнього стану з біографічним досвідом. Зазначимо, що методи і підходи дитячої психокорекції та психотерапії удосконалювалися паралельно з аналогічними розробками для дорослих, однак практично з самого початку зародження дитяча психотерапія мала свою специфіку.

Зокрема в ній виділяються дві принципові орієнтації: робота безпосередньо з дитиною і робота з його соціальним оточенням (в першу чергу з сім'єю та дитячим колективом). Обидві орієнтації можуть реалізовуватися на різних рівнях: мотиваційно-емоційно-афективному, логіко-пізнавальному, поведінковому, психофізіологічному. Передбачається, що різні психотерапевтичні напрями можуть включати методи різної орієнтації та рівня впливу.

Відсутність у дітей вербальних і понятійних навичок не дозволяє ефективно використовувати по відношенню до них психотерапію, майже повністю засновану на вимові, як це має місце в психотерапії дорослих. Велике значення тут має використання ігрових прийомів. Ігрова психотерапія та її елементи в більшій чи меншій мірі використовуються психотерапевтами різних напрямів. Діти не можуть вільно описувати свої почуття, але вони здатні висловлювати свої переживання, труднощі, потреби та мрії в дитячій грі. Вивчення дитячої гри шляхом спостереження, інтерпретації, структурування тощо дозволило усвідомити унікальність способу спілкування дитини з навколишнім світом і покласти гру в основу методу лікування емоціональних і поведінкових розладів у дітей.

Для побудови психо-орієнтованого діагнозу пропонується враховувати 6 варіантів етіопатогенетичних факторів:

- 1) ситуативні проблеми;
- 2) проблеми в сімейному оточенні;
- 3) когнітивні і поведінкові проблеми;
- 4) емоційні порушення;
- 5) порушення розвитку та особистісні розлади;
- 6) біологічні відхилення.

При цьому одного фактору недостатньо для повного розуміння проблем дитини і лише їх поєднання в різних пропорціях веде до побудови задовільної робочої гіпотези.

Вочевидь, алекситимія вимагає комплексного впливу, тобто поєднання психологічної і фармакологічної корекції, який повинен бути спрямованим не тільки на зниження рівня психоемоційного напруження, тривоги, симптомів депресії, але також на змінений метаболічний, імунний та гормональний статус алекситимічної особистості. Але це може виявитися можливим тільки при уточненні генезу даної патології в процесі подальших досліджень.

Висновки.

1. В останні роки, численні дослідження нейропсихологів вказують на актуальність дослідження психологічних аспектів фізичного болю і, разом з цим, виділяють як окремий науковий напрям дослідження душевного болю (алекситимії) як окремий психологічний феномен.

2. Виділяють первинну і вторинну алекситимії.

3. З урахуванням вікових особливостей особистості, окрему увагу слід приділяти психокорекції стану алекситимії в дітей та підлітків.

4. Психологічна корекція алекситимії вимагає комплексного впливу.

5. Зазначені вище висновки свідчать про необхідність розробки системи комплексної психокорекції алекситимічної психалгії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грекова Т.И. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца / Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. // Клиническая медицина, 1997. – С. 32-34.
2. Ереско Д.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: метод. пособие / Ереско Д.Б., Исурин Г.С., Койдановская Е.В. и др. – СПб., 1994.
3. Калинин В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии сканаксом у больных паническим расстройством / В.В. Калинин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – С. 96-102.
4. Клиническая психотерапия / Под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2008. – 524 с.
5. Провоторов В.М. Качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда / Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. и др. // Клиническая медицина, 1998. – С. 25-27.
6. Провоторов В.М. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии / Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Грекова Т.И. // Российский медицинский журнал, 1998. – С. 45-47.

7. *Apfel R., Sifnoes P.E.* Alexithymia concept and measurement. *Psychother Psychosom* 1979; 180-191.
8. *Bach M., Bach D., de Zwaan M.* Independency of alexithymia and somatization. A factor analytic study. *Psychosomatics* 1996; 451-458.
9. *Bach M., Bach D.* Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study. *Psychother Psychosom* 1996; 150-152.

Подано до редакції 24.06.2010
