Диссоциативные расстройства движений и ощущений как реакция на стрессовую ситуацию

М. А. Тетюшкин, О. В. Гуськова, НПЦ ЭМП

Диссоциативные расстройства движений и ощущений характеризуются транзиторными нарушениями интеграции функций памяти, сознания, собственной идентичности и моторики, включающие утрату какой-то части этих функций.

Эти расстройства известны очень давно. Сходные состояния описаны в древнеегипетских папирусах около 2 тысяч лет до н. э., где их появление у женщин связывали с «блужданием матки» (отсюда термин — истерия).

Нередко в художественной и исторической литературе мы обнаруживаем сообщения о том, что у того или иного персонажа от перенесенного потрясения «отнялись ноги», «пропал дар речи» и т. п. Причем далеко не всегда подобные описания позволяют предполагать неврологическую природу данной патологии. В 19 веке французский врач Briquet впервые определил их как дисфункцию нервной системы в результате психологического стресса.

Основа механизма диссоциации — активный процесс психологической защиты, феномен вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных содержательных элементов, в том числе и различных кризисных ситуаций. Эмоция, которая не могла быть выражена, оказывалась превращенной в физический симптом, представлявший собой, таким образом, компромисс между неосознаваемым желанием выразить мысль или чувство и страхом возможных последствий.

Эпидемиология

Данные о распространенности этой патологии среди населения весьма неточны. В амбулаторном психиатрическом контингенте такие пациенты составляют 5–15%. Женщины обращаются в 2–5 раз чаще мужчин, обычно в подростковом и молодом возрастах. Превалируют пациенты из малообразованных и малообеспеченных семей родом из сельской местности. Имеется тенденция к манифестации заболевания у младшего ребенка в семье.

Клиника

Отражает исторически известную пластичность и разнообразие клинических проявлений истерии. Отсутствие органического диагноза является необходимым, но не достаточным для диагностики, поскольку примерно у 40% выявляется сопутствующая неврологическая или соматическая патология. Должны быть установлены соответствующие психодинамические закономерности: личностный конфликт, первичная (дезадаптивная анестезия конфликта) и (или) вторичная (социальная) выгода от болезни. Заметность болезненных проявлений окружающим является непременным условием поддержания симптомов, к которым сам больной внешне может относиться с характерным безразличием (1a belleindifference).

Больные часто копируют симптоматические проявления, наблюдаемые ими у окружающих, при этом клинические проявления не соответствуют признакам истинных неврологических расстройств, отражая наивные представления больных об анатомической иннервации (характерная анестезия конечностей по типу «чулок» и «носков», гемианестезия с границей чувствительности, проходящей точно по срединной линии).

Больные с истерической слепотой не ушибаются при передвижении, благодаря легко выявляемой офтальмологами интактности центрального поля зрения (феномен т. н. «тоннельного» зрения), у них сохраняется зрачковая реакция на свет.

При судорогах сохраняется память на события во время припадка. Театральность судорожных движений представляет собой характерную карикатуру на истинный эпилептический приступ. Тремор усиливается при привлечении внимания к больному. Помимо парезов, типичными являются истерическое нарушение походки (astasia-abasia), истерический ком в горле (globushistericus), ложная беременность (pseudocyesis). Расстройство чаще встречается в подростковом и молодом возрасте.

Пусковым моментом нередко является острый конфликт, кризисная ситуация или хроническая психотравма. Появление и исчезновение симптомов внезапны, у четверти больных они повторяются в течение последующих 1–6 лет. Одновременно наблюдается обычно не более одного симптома, в последующих эпизодах могут появляться другие. Прогноз ухудшают длительность расстройства и наличие вторичной выгоды от него. Многолетние катамнестические исследования свидетельствуют о том, что примерно в трети случаев у госпитализированных больных с конверсионными расстройствами в последующем развиваются психические заболевания, чаще шизофрения. Это в большей степени говорит не о коморбидности этих расстройств, а о врожденной «слабости психики» у больных шизофренией, в силу чего они оказываются в большей степени подвержены диссоциативным расстройствам. Также отмечается частое сочетание этих расстройств с психическими заболеваниями, обусловленными пребыванием в кризисных и чрезвычайных ситуациях.

Диагноз

Для диагностики диссоциативных расстройств моторики состояние должно соответствовать одному из следующих признаков:

1) полная или частичная утрата произвольной моторики, включая речь;

2) различные или переменные степени нарушений координации, атаксия или неспособность стоять без посторонней помощи.

Для диагностики диссоциативных судорог состояние должно соответствовать следующим признакам:

1) внезапные и неожиданные судорожные движения, напоминающие различные формы эпилептических приступов;

2) судороги не сопровождаются потерей сознания (могут быть состояния ступора), прикусыванием языка, гематомами или повреждениями в результате падения, недержанием мочи.

Для диагностики диссоциативной анестезии и утраты чувственного восприятия состояние должно соответствовать одному из следующих признаков:

1) частичная или полная потеря кожной чувствительности (к прикосновению, уколу, вибрации, колебаниям температуры) по всему телу или в различных зонах;

2) частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния. Комбинация описанных выше расстройств определяется как смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства.

Лечение

По установлении диагноза прямое сообщение больному, что его расстройства, которые он считал объективными, являются воображаемыми, может вызвать усиление симптоматики. Методом первого выбора является психоаналитическая психотерапия. В некоторых случаях успешными оказываются гипноз и поведенческие методы. Непременным является изучение социальной ситуации больного с целью устранения вторичных выгод от заболевания.

В заключении следует отметить, что знание симптоматики диссоциативных расстройств и владения техникой дифференциальной диагностики их с неврологической патологией имеет значение не только для своевременной постановки диагноза и адекватной терапии, но и для профилактики других расстройств психики, ассоциированных со стрессовыми воздействиями, такими как ПТСР и пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации.