

Кардиофобический невроз (сердечная фобия, синдром паники)

Под указанными названиями описывают начинающееся с характерного острого (симпатико-тонического) сердечного приступа невротическое заболевание со страхом остановки сердца и разнообразными ипохондрическими и фобическими жалобами. Часто происходит хроническое невротическое развитие. В нозологическом плане кардиофобический невроз (сердечная фобия) находится между неврозом страха и фобиями. Вследствие готовности к диффузному развитию страха это скорее невроз страха, при котором невротический, фобический симптомогенез определяется фиксацией страха на сердце вследствие соматически смешенного конфликта между побуждениями к разрыву и защитой от невыносимой ситуации. В процессе хронизации возникают и другие невротические симптомы. Ныне кризовые фазы при кардиофобиях классифицируются как «приступы паники». (Бройтигам В. и др, 1999)

Возросшее в последние годы внимание к кардиофобии можно объяснить широкой распространенностью функциональных кардиоваскулярных расстройств. Страхи, связанные с работой сердца при функциональных нарушениях сердечной деятельности, отмечают от 33 до 80-92% больных. Однако сама по себе невротическая фиксация на работе сердца не приводит к органическим нарушениям. Кардиофобиями страдают 6,5% больных, наблюдаемых психиатрами и 10% обращающихся за помощью к кардиологам. Сходство клинических проявлений кардиофобического синдрома с выделенными в современных классификациях критериями панических расстройств позволяет рассматривать кардиофобии как подтип панических расстройств. (Усков В.М. и др., 2014)

Симптоматика. После диффузных предвестников с общим беспокойством и напряжением остро наступает сильное сердцебиение. Тахикардия достигает 120-160 в минуту, артериальное давление (АД) повышается до 200/110 мм рт.ст. Профузный пот, глубокое и форсированное дыхание указывают на симпатико-тоническую природу приступа, длящегося

от 5 мин до 1 ч. Субъективно переживается тяжёлый страх смерти с представлением об угрожающей остановке сердца, но никогда не бывает потери сознания, страх переживается «с ясной головой».

Для болезни характерно появление страха, сосредоточенного на сердце, присоединяющегося к приступу общего страха. Пациенты опасаются остановки сердца, возникновения нового приступа, контролируют свой пульс, щадят себя. Многие из них ходят от врача к врачу, теряют интерес к работе, надолго становятся нетрудоспособными. Очень часто ипохондрические переживания распространяются на желудочно-кишечный тракт. В других случаях проявляются иные фобические симптомы, такие, как клаустрофобия или агорафобия. К общей картине болезни относится стремление больных быть вместе с кем-либо; они не могут оставаться одни, стараются держаться ближе к родителям, супругу или, и охотнее всего, к врачу. Близость врача даёт им поддержку и чувство покоя.

В психоневрологической практике диагноз кардиофобического невроза составляет 6,5% всех психиатрических диагнозов. Имеются пациенты с кардиофобическим неврозом, которые болеют уже более 20 лет и полностью погружены в свои ипохондрические переживания. Но встречаются и более благоприятные формы течения, при которых приступы страха возобновляются только в наиболее неблагоприятных ситуациях. (Бройтигам В. и др., 1999)

Невротические кардиалгии, сопровождающиеся кардиофобиями, диагностируются у 80% больных общемедицинской практики, обращающихся по поводу болей в области сердца. У 10-61%, направленных на ангиографию, выявляется клинически незначимый стеноз коронарных артерий или его отсутствие. (Карауш И.С. и др, 2009)

Кардиофобические приступы наиболее отчетливо провоцировались психотравмирующими ситуациями и употреблением алкоголя. Приступы возникали произвольно: внезапно, быстро нарастал тревожный аффект, достигавший степени всеохватывающего страха - стержня кардиофобических

приступов. Страх включал сенсорные, идеаторные, вегетативные компоненты. Непреодолимый страх неминуемой смерти от нарушения работы сердца доминировал в сознании на высоте приступов при отсутствии борьбы и критики к своему состоянию. (Усков В.М. и др., 2014)

По оценкам специалистов, больные с функциональными сердечно-сосудистыми нарушениями составляют около 35% всех пациентов с жалобами на сердце.

Заболевание возникает преимущественно в возрасте 20 -45 лет. Пик заболеваемости приходится на 35 лет. При исследованиях (1973 г.) было обнаружено, что 84% больных кардиофобией находятся в возрасте от 20 до 45 лет, доля лиц старше 45 лет составляет 13%. В половой структуре больных кардиофобией, по всей видимости, сейчас происходят изменения. До 60х годов среди больных преобладали женщины, в последнее время отмечается явный перевес больных мужчин. (Пезешкиан Н.П., 1999)

Психологические причины.

Имеется ряд характерных внешних и внутренних ситуационных моментов, которые часто повторяются:

1. В анамнезе обнаруживаются кризисы, связанный с разрывом и утратой, которые приобретают патогенный характер в связи с тем, что при этом возникают собственные неосознанные побуждения и фантазии об обретении самостоятельности и о возможных утратах. Обычно они отвергаются, но внешние ситуации переживаются очень болезненно.

2. Случаи смерти в непосредственном окружении пациента часто провоцируют приступ или рецидив, особенно если это смерть от сердечнососудистого заболевания. Даже простое сообщение о подобном случае в газете может привести к очередному приступу.

3. Характерно, что ситуации разлуки, разрыва и одиночества бывают очень неоднозначны. Человек желает разрыва и опасается его. Такая амбивалентность провоцируется внешне и внутренне уже невыносимыми отношениями зависимости.

Первый психоаналитический случай, описанный З. Фрейдом в 1895 г., касается мужчины, который перенёс сердечный приступ после сообщения о смерти отца и с тех пор страдал неврозом страха.

Конфликт, который с большим постоянством обнаруживается при кардиофобическом неврозе, это конфликт разрыва у высокоамбивалентной личности, которая обнаруживает, с одной стороны, способность к самозащите, а с другой – ограниченность своих возможностей и угнетающую зависимость. Конфликт в виде разрыва чётко связан с вызывающей его ситуацией – смертью близких, отъездом, болезнью – со всем, что угрожает одиночеством в представлении больного. Существует также связь с депрессивным типом реагирования личности с сильной амбивалентной установкой, причём в фантазиях постоянно фигурирует агрессивное желание смерти и одновременно ожидание чудесного спасения. (Бройтигам В. и др., 1999)

По мнению американского психолога Л. Хей сердце символизирует центр любви и безопасности. Болезни сердца связаны с давнишними эмоциональными проблемами, дефицитом радости, чёрствостью, верой в необходимость напряжения, стресса. (Хей Л., 1993)

У мужчин, 33,8% из которых злоупотребляли алкоголем, была выявлена большая частота кардиофобий, которые чаще возникали при «функциональных» расстройствах с началом в возрасте 36-45 лет; пароксизмов страха и сверхценной ипохондрии; у женщин наиболее представленными были гипотимия, аффективная неустойчивость и астенические расстройства. Обнаружена взаимосвязь кардиофобий с признаками вегетативной дисфункции, пароксизмами страха, тревогой, ипохондрическими расстройствами (у пациентов обоих полов), конверсионными проявлениями (у женщин). (Белокрылова М.Ф., 2009)

Профилактика и лечение.

Назойливое поведение больного, требующего всё новых соматических обследований, вскоре обычно приводит врача к тому, что он воспринимает

его как слишком обременительного. Отсутствие результатов от приёма сердечно-сосудистых средств приводит и самого врача к мысли об органической природе заболевания. Ещё сложнее положение у больных с гиперкомпенсированным активным кардионеврозом с их требовательным и настойчивым поведением. Такие пациенты ходят от врача к врачу, настаивают на всё новых диагностических и терапевтических мероприятиях и обычно наносят большой ущерб больничным кассам. Своих психотерапевтов больные вследствие своего ипохондрического и назойливого поведения часто делают нетерпеливыми, удивляют внезапным отказом от лечения или для большей надёжности наряду с психотерапией требуют применения и органических методов лечения. Для врача вообще нелегко выбрать для себя психологическую точку зрения на этиологию заболевания вопреки настойчивой ипохондрической фиксации больного на своих органах. Если же больной привязан к одному терапевту и уже втянулся в лечебный процесс, то интенсивные тенденции к регрессии могут создавать свои трудности, в частности делать процесс лечения бесконечным.

Терапия. Основная задача заключается в том, чтобы согласиться с пациентом, т.е. воспринять его как больного, и использовать своё влияние и свой врачебный авторитет, чтобы направить его на правильный путь. Близость врача, каждое соматическое обследование обычно успокаивают больного. Но это не является лечением и в дальнейшем больному не помогает, а лишь вырабатывает у него тенденцию к новым обследованиям, превращая их в ритуал. Необходимо объяснить пациенту, что он болен лишь в определённом смысле, что его сердечные жалобы хотя и так же реальны, как и его страх, но являются следствием, а не причиной болезни. Врач должен убеждать больного в том, что он, безусловно, не умрёт от сердечного приступа или инфаркта миокарда и, поданным статистики, у него очень большие шансы выздороветь. Следует помочь пациенту переработать вызвавшую болезнь ситуацию в её «сценическом» содержании и психодинамическом значении, что удаётся в большинстве свежих случаев. С

этого этапа начинается психотерапевтическое лечение.

Методом выбора является раскрывающая психотерапия, которая не только устраняет симптоматику, но оказывает также помощь больному в преодолении конфликтной ситуации и ускорении процесса созревания личности. Больные, которые начинают лечение рано, обычно сравнительно молоды и податливы, у них ещё не развилась стойкая фиксация при переработке болезни. Жизненное развитие ещё не завершилось и возможен прогресс, поэтому они могут с успехом лечиться методом психоанализа. При депрессивно-невротических состояниях и тенденции к неблагоприятной регрессии больше показана аналитическая групповая терапия, которая вообще имеет лучший прогноз. Психологический доверительный контакт с врачом остаётся важным методом терапии для большинства больных. (Бройтигам В. и др., 1999)

Литература

1. Белокрылова М.Ф. Особенности формирования психических расстройств, ассоциированных с «функциональными» кардиоваскулярными нарушениями // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2009. – 4-2. Том. 24. С. 98
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.
3. Карауш И.С., Куприянова И.Е. Вопросы изучения функциональных систем в диагностике и превенции психосоматических расстройств // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2009. – 4-2. Том. 24. С. 104
4. Пезешкиан Н.П. Психосоматика и позитивная психотерапия. Пер. с нем. — М.: Медицина, 1996. — 464 с.
5. Усков В.М., Теслинов И.В. Ассоциация кардиофобического синдрома с психотравмирующими ситуациями чрезвычайного характера // Пожарная безопасность: проблемы и перспективы. 2014. – 1 (5).- С. 305-309
6. Хей Л. Как исцелить свою жизнь/Л. Хей. М., 1993