

**КАРДИОФОБИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

Доцент О.А. НЕСЕН

*Национальная академия внутренних дел Украины, Киев*

**Проведены психологические и клинические исследования у больных с кардиофобическим синдромом. Показано, что имеются два противоположных типа поведения больных: у одних обнаруживаются выраженные депрессивные симптомы, у других они остаются скрытыми за счет гиперкомпенсации.**

Возросшее в последние годы внимание к кардиофобии можно объяснить широкой распространенностью функциональных кардиоваскулярных расстройств. В общесоматической практике гипердиагностика заболеваний сердца составляет до 45%. Страхи, связанные с работой сердца при функциональных нарушениях сердечной деятельности, по мнению различных исследователей, отмечают от 40 до 90% больных [1]. Однако сама по себе невротическая фиксация на работе сердца не приводит к органическим нарушениям, и только 10% больных от общего количества обратившихся за медицинской помощью страдают кардиофобиями [2].

Соматические симптомы, которые нельзя в достаточной степени объяснить органическими заболеваниями и которые не являются вторичными последствиями другой, уже описанной психической симптоматики (например, депрессий или панических расстройств), с 1980 г. носят название «соматоформных расстройств» [3–5]. Нами были обследованы больные с кардиофобическим синдромом (сердечная фобия, невроз страха, кардиальный невроз). Этими терминами описывают начинающееся с характерного острого (симпатико-тонического) сердечного приступа невротическое заболевание со страхом остановки сердца и разнообразными ипохондрическими и фобическими жалобами.

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 смещенного конфликта между побуждениями к разрыву и защитой от невыносимой ситуации [6–8]. В процессе хронизации могут возникать и другие невротические симптомы.

Нами были проведены психологические и клинические исследования с помощью скрининга соматоформных расстройств (SOMS) [9], методики СМИЛ с использованием дополнительных шкал и теста цветного выбора. Область применения опросника SOMS — соматизированный синдром как у неклинических, так и у клинических групп пациентов. Метод основан на собственной оценке пациентов, содержит 68 вопросов о нарушениях, релевантных для соматизированного расстройства, и учитывает критерии соматоформных расстройств по DSM-IV и МКБ-10. Вопросы относятся к возможным соматическим нарушениям, а также к многочисленным критериям течения заболевания; при этом оцениваются как включающие, так и исключаяющие переменные. Определяется сумма баллов с опорой на различные классификационные перечни симптомов, и на основе всех перечней симптомов высчитывается общий индекс нарушений.

Всего было обследовано 30 больных мужчин с соматоформными расстройствами (кардиофобический синдром) в возрасте от 20 до 30 лет. То обстоятельство, что в исследование были включены больные молодого возраста, исключало возможность влияния возрастного фактора. Продолжительность заболевания составила от 1 года до 5 лет. Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере PENTIUM-4 с помощью программы SPSS v11.

Как показали проведенные исследования, характерным для пациентов было появление страха, сосредоточенного на сердце и присоединяющегося к приступу общего страха. Пациенты опасались остановки сердца, возникновения нового приступа, постоянно контролировали свой пульс и оберегали себя от малейших нагрузок. Субъективно при этом переживался тяжелый страх смерти с представлением об угрожающей остановке сердца, но никогда не отмечалась потеря сознания.

К общей картине болезни относилось стремление больных быть вместе с кем-либо; они не могли оставаться одни, старались держаться ближе к родителям, супругу и, охотнее всего, к врачу. Близость врача давала им поддержку и чувство покоя.

В ситуации возникновения заболевания отмечен ряд характерных внешних и внутренних моментов, которые довольно часто повторяются. Это обнаруженные в анамнезе кризисы, связанные с разрывом и утратой, которые приобретают патогенный характер в связи с тем, что при этом возникают неосознанные личные побуждения и фантазии об обретении самостоятельности и о возможных утратах. Как правило, они отвергаются, но внешне ситуации переживаются очень болезненно.

Случай смерти в непосредственном окружении или на глазах у пациента часто провоцируют приступ или рецидив, особенно если это смерть от сердечно-сосудистого заболевания. Впоследствии даже простое сообщение о подобном случае в газете или по телевидению может привести к очередному приступу.

Однако ситуации разлуки, разрыва и одиночества бывают весьма неоднозначны: больные и желают разрыва, и опасаются его. Подобная амбивалентность провоцируется внешне и внутренне уже невыносимыми отношениями зависимости.

У всех обследованных больных имел место конфликт — конфликт разрыва у амбивалентной личности, которая обнаруживает, с одной стороны, способность к самозащите, а с другой — ограниченность своих возможностей и угнетающую зависимость. Конфликт в виде разрыва четко связан с вызывавшей его ситуацией — потерей близких, отъездом, болезнью, т.е. со всем, что угрожает одиночеством в представлении больного. Выявлена также связь с депрессивным типом реагирования и с сильной амбивалентной установкой.

У больных с кардиофобическим синдромом отмечается склонность к симбиотическим отношениям, фантазиям на тему слияния, вызванным внешними и внутренними трудностями при разрыве тесных связей с родителями.

Что касается психодинамических условий, то фиксация и симбиотические отношения с матерью, прежде всего у молодых мужчин, часто в связи с семейным положением, давно известны. Среди больных с кардиофобическим синдромом много единственных в семье детей, часто растущих без отца. Здесь также много младших сыновей, которые очень привязаны к матери. Ситуация единственного ребенка, сына, у которого было мало возможностей завязать отношения вне семьи и который был вынужден длительное время ограничиваться контактами с одним человеком, играет причинную роль в дальнейшей несамостоятельности и сложностях при разлуке. Чрезмерная ранняя привязанность предрасполагает к неврозу. Общие нейropsихологические данные указывают и на то, что каждое привыкание — это одновременно и отказ, так как оно слабо подготавливает человека к естественным трудностям жизни. Особенно неблагоприятно действует привязанность или чередование привыкания и резкого прерывания его.

Мнение о том, что у больных с кардиофобическим синдромом перенесенные в раннем детстве психотравмы (переживание разлуки) являются сенсibilизирующими, не считается беспорным [10]. Проблема разлуки не соответствует реальной чрезмерной нагрузке. Конфликт заключается в предвосхищаемой пациентом ситуации разлуки — разлуки, которую он должен желать и одновременно опасаться. Собственные фантазии и внешние изменения представляют собой «искушающие условия». Эти обстоятельства, которые имеют значение одиночества, обуславливают психосоматические оттенки враждебности и страха, которым соот-

ветствует симпатико-тоническая готовность. Если при этом криз протекает в виде сосудистого приступа, то он может привести к кардиофобическому синдрому.

Исследования личностных особенностей пациентов с кардиофобическим синдромом подтверждают, что, как и при других психосоматических заболеваниях, имеется два противоположных типа поведения: тип А, который демонстрирует непосредственно симбиотическую зависимость, и тип Б, который не терпит этих унизительных ситуаций и ведет себя подчеркнуто независимо, проявляя демонстративные псевдонезависимые реакции в своих осознанных и неосознанных поступках [11]. Различия между типами обнаруживаются в шкале депрессии как выражение депрессивных симптомов, характерных для типа А, тогда как у типа Б они остаются скрытыми за счет гиперкомпенсации.

У 80% обследованных нами больных наблюдалась обычная зависимость, нарастающее сокращение жизненных связей, щажение себя и характерная для фобий вообще позиция ухода от трудностей, которые проявляются в нежелании нагружать себя работой, в утрате способности жить самостоятельно, без поддержки врача и близких. Эти пациенты избегали сексуальных контактов, занятий спортом и вообще любых физических усилий, связанных с учащением сердцебиения. 90% были полностью фиксированы на наблюдениях за своей сердечной деятельностью, изучали всю относящуюся к этой области литературу, ходили от врача к врачу, распространяя свои самонаблюдения на другие части тела.

Для пациентов с гиперкомпенсацией и выраженной защитой были характерны попытки побороть свою слабость активностью и физическими усилиями. Они не переносили, когда медикаментозное и немедикаментозное лечение, направленное на расслабление и пассивность, вызывало у них «слабость», что следует учитывать при выборе стратегии лечения.

#### Л и т е р а т у р а

1. Любан-Плоцца В., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача: Пер. с англ.— С.Пб.: С.Пб. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1996.— 250 с.
2. One-year follow-up of cardiac anxiety syndromes. Outcome and predictors of course / W. Maier, R. Buller, U. Frommberger, M. Philipp // Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci.— 1987.— Vol. 237, № 1.— P. 16–20.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.— М.: Медицина, 2000.— 496 с.
4. Бройтигам В., Кристиан П., фон Рад М. Психосоматическая медицина: Краткий учебник: Пер. с нем.— М.: ГЭОТАР медицина, 1999.— 376 с.
5. Вертоградова О.П., Довженко Т.В., Васюк Ю.А. Кардиофобический синдром // Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология.— М., 1994.— 192 с.
6. Nutzinger D.O., Zapotocki H.G. The influence of depression on the outcome of cardiac phobia (panic disorder) // Psychopathol.— 1985.— Bd.18, № 2/3.— P. 155–162.
7. Rodiere C., Lemperiere T. The nosophobias // Sem. Hop. Paris.— 1985.— Vol. 61, № 45.— P. 3134–3141.
8. Schonecke O.W. Psychosomatik funktioneller Kreislaufstörungen // Therapiewoche.— 1989.— Bd.39.— S. 28–32.
9. Rief I., Hiller D., Heuser K. Screening für Somatoforme Störungen.— Heidelberg, 1997.— 329 s.
10. Kulenkampff C., Bauer A. Über das Syndrom der Herzphobie // Nervenarzt.— 1960.— Bd.31, № 10.— S. 443–454.
11. Richter H.E., Beckmann D. Herzneurose, 3.— Stuttgart: Aufl. Thieme, 1986.— 240 s.

Поступила 05.04.2004

#### CARDIOPHOBIC SYNDROME

O.A. Nesen

#### S u m m a r y

Psychological and clinical studied were performed in patients with cardiophobic syndrome. It was shown that there were two opposite types of the patients' behavior, i.e. marked depressive signs in one and hidden due to hypercompensation in the others.