

И. Л. Гуреева

О ВЛИЯНИИ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

*Работа представлена кафедрой медицинской психологии и психофизиологии
Санкт-Петербургского государственного университета.*

Научный руководитель – кандидат психологических наук, доцент Р. О. Серебрякова

Статья была посвящена исследованию психологических особенностей кардиологических больных с паническими атаками (ПА). Анализ полученных результатов выявил в личностной структуре кардиологических больных с ПА отличительные особенности. Больные отличаются высоким уровнем тревожности и выраженной психопатологической и соматической симптоматикой; пониженной осмысленностью жизни; преобладанием дезадаптивных установок.

The article is devoted to the research of psychological features of patients with cardiological diseases and panic attacks. The analysis of the obtained results has revealed distinctive features in a personal structure of patients with cardiological diseases and panic attacks. These patients are characterised by a high level of anxiety, acute psychopathological and somatic symptoms, prevalence of de-conditioning attitudes and a depressed ability to perceive life sensibly.

Паническое расстройство (F 41.0) – это повторяющиеся, неожиданные и необъяснимые для самого индивида панические атаки. Панические атаки (ПА) – это внезапно, т. е. неожиданно, возникающие состояния интенсивно переживаемой тревоги, которые сопровождаются множеством соматических и психических симптомов и чувством постоянной угрозы¹.

Панический приступ настигает человека в обычных повседневных ситуациях, не предрасполагающих к развитию тревоги, иногда даже во время сна. Поскольку приступ сопровождается пугающими физическими симптомами и нарушениями восприятия, пациенты часто думают, что у них развился настоящий сердечный приступ или другая опасная для жизни болезнь, а также опасаются утратить контроль над собой или лишиться рассудка².

Современная наука рассматривает паническое расстройство (ПР) как заболевание, в происхождение которого вносят вклад разные причины и факторы – биологические, психологические и социальные, образуя тем самым биопсихосоциальную модель паники³.

По крайней мере, две трети симптомов панической атаки отражают ощущения в вегетативной сфере, поэтому вегетативную дисрегуляцию рассматривают в качестве ведущего фактора патогенеза ПА. По данной причине в медицинской практике нередко возникают проблемы дифференциально-диагностического порядка, обусловленные тем, что соматические симптомы, входящие в структуру ПР, приводят или к гипердиагностике соматического заболевания, или, напротив, перекрывая его симптоматику, к недооценке⁴.

Феномены болевых ощущений в грудной клетке, приступы сердцебиения и другие кардиоваскулярные проявления могут являться характерными симптомами неврологических расстройств: соматоформной вегетативной дисфункции, фобических, тревожных расстройств (панического расстройства) у больных как с измененными, так и с неизменными коронарными артериями⁵.

Каждый человек – это констелляция индивидуальных характерологических особенностей, это определенный тип нервной системы, темперамента, различные мировоззренческие установки и также индивидуальная реакция на стрессовые ситуации. Кого-то стресс мобилизует, а на кого-то действует разрушающе, наполняя личность негативными эмоциями, в частности тревожно-фобическими. Поэтому немаловажно выявление тех личностных черт, которые могут способствовать развитию ПР, ухудшая тем самым имеющиеся соматические заболевания, в частности ишемическую болезнь сердца.

Диапазон исследований панических атак в анамнезе кардиологических заболеваний не такой обширный. Что касается исследования психологических характеристик кардиологических больных с ПА, нужно отметить, что в данной области совсем мало исследований и результаты неоднозначные. Поэтому данная проблема представляется достаточно важной и актуальной.

Запущенные панические расстройства могут приводить человека к социальной изоляции, значительному падению качества жизни, депрессии и ухудшению соматического состояния. Страхи и подавленность, обусловленные паническим расстройством,

часто пытаются смягчить алкоголем или успокаивающими препаратами, которые при излишнем применении могут привести к злоупотреблению и возникновению алкогольной или лекарственной зависимости⁶.

Исходя из актуальности вышеизложенной проблемы, целью нашего исследования явилось изучение психологических особенностей личности как факторов, способствующих формированию панических расстройств на фоне имеющегося кардиологического заболевания.

В связи с целью исследования были поставлены следующие задачи:

1. Определить имеющийся у пациентов уровень тревожности.
2. Выявить степень выраженности патопсихологической симптоматики у обследуемых пациентов.
3. Исследовать личностные факторы, приводящие к формированию панических атак.
4. Изучить смысложизненные ориентации и установки личности, а также их роль в возникновении тревожно-фобических расстройств.

В основу исследования легло предположение, что тревожные и панические расстройства могут провоцировать развитие соматических и психических нарушений или усиливать их; что определенная личностная организация человека может оказывать влияние на формирование приступов. В связи с этим актуальным является исследование психопатологической симптоматики и личностных особенностей у кардиологических больных.

Всего было обследовано 160 человек: две группы. Первая группа – 90 пациентов, включала в себя кардиологических больных с паническими атаками; вторая группа – 70 пациентов, включала кардиологических больных без приступов паники.

В исследовании использовались следующие методики: SCL-90-R, интегративный тест тревожности (ИТТ), уровень субъективного контроля (УСК), иррациональные

установки Эллиса, смысложизненные ориентации (СЖО). Данные, полученные по методикам, были обработаны в компьютерной программе SPSS 12.

По показателям методики ИТТ выявлены статистически значимые различия во всех шкалах ($p = 0,001$). В данной связи можно отметить, что тревожные проявления в первой группе существенно выше, чем во второй. Исходя из полученных результатов по методике ИТТ, можно сказать, что у пациентов первой группы тревожность является устойчивой индивидуальной характеристикой, уровень которой может повышаться или снижаться в зависимости от ситуации. В связи с этим у данной группы часто обнаруживаются эмоциональные нарушения, расстройства сна, ограничения социальных контактов, «хронические» страхи, проецируемые как на текущие события, так и на будущее. Также пациенты первой группы подвержены быстрой утомляемости, вялости и пассивности. Они могут непрерывно беспокоиться в отношении прогноза своего заболевания и неэффективности лечения. Такие пациенты часто переживают чувство собственной беспомощности и бесполезности, ощущение надвигающейся катастрофы. Они во всем сомневаются и испытывают постоянную озабоченность. У пациентов второй группы средние значения не превышают нормального уровня тревожности. Поэтому здесь можно говорить об адаптивной тревоге как о естественной и обязательной особенности активной деятельности человека.

Проанализировав данные, полученные по методике SCL-90-R, мы увидели, что в первой группе сильно выражены нарушения, называемые соматизацией. Жалобы больных фиксированы на телесном дискомфорте, который связан с кардиологической, гастроэнтерологической, неврологической и другими системами.

Пациенты оценивают свое соматическое здоровье очень низко, что может существенно ухудшать состояние эмоциональ-

ной сферы, формируя депрессивный фон. Они часто испытывают слабость, тошноту и головокружение, боли в сердце и в желудке. Также у пациентов первой группы сильно выражены такие симптомы, как обсессивно-компульсивные, депрессивные, тревожные, фобические. Здесь у больных четко прослеживается тревожно-депрессивный настрой с навязчивыми негативными мыслями относительно своей личности, своего состояния и своего будущего. Они часто испытывают чувство одиночества и подавленное настроение. У данных пациентов определяются стойкие тревожно-фобические симптомы, такие как нервозность, беспричинный страх, напряжение и дрожь, а также приступы паники, ощущение опасности и иррациональных страхов. Они боятся открытых мест, поездок на транспорте, боятся оставаться одни.

У пациентов второй группы средние значения по шкале «соматизация» тоже высокие, но значительно ниже, чем в первой группе ($p = 0,001$). Результаты, обнаруженные во второй группе, более реалистичны, так как соответствуют действительному состоянию пациентов. В отношении других шкал у кардиологических больных второй группы результаты или соответствуют норме, или незначительно выше нормы.

Анализ средних значений с помощью *t*-критерия Стьюдента, по методике УСК, выявил статистически значимые различия по всем шкалам, кроме параметра «интернальность здоровья». В результате можно сказать, что в первой группе в некоторых шкалах сильнее выражен экстернальный тип контроля над соответствующими ситуациями. Особенно четко данный факт проявляется в первых четырех шкалах: «общая интернальность» ($p = 0,001$), «интернальность в области достижений» ($p = 0,001$), «интернальность в области неудач» ($p = 0,003$), «интернальность в семейных отношениях» ($p = 0,002$).

Исходя из полученных данных по шкале «общая интернальность», можно сказать,

что пациенты первой группы демонстрируют заниженный уровень субъективного контроля над значимыми ситуациями. Рассматривая результаты по шкале «интернальность в области достижений», необходимо отметить, что данные пациенты не склонны считать, что добились сами тех успехов, которые у них есть. Напротив, они приписывают свои достижения и радости внешним обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей, обнаруживая тем самым зависимость от внешних факторов и неспособность управлять эмоционально положительными событиями своей жизни.

Показатели по шкале «интернальность в области неудач» свидетельствуют о недостаточно развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям. Данный факт проявляется в склонности приписывать ответственность за свои жизненные неудачи другим людям и внешним обстоятельствам.

Результаты по шкале «интернальность в семейных отношениях» показывают, что пациенты первой группы зачастую не считают себя ответственными за события в их семейной жизни. Другими словами, возлагают ответственность за происходящие события на своего партнера или на стечение обстоятельств, тем самым лишая себя возможности быть активным участником в строительстве своего счастья.

Неверие в свои силы, в свою самостоятельность, в способность управлять своей жизнью вызывают у человека ощущение неуверенности в завтрашнем дне, что может выливаться в тревожные проявления перед неизвестными событиями, которые предопределяют жизнь человека.

Анализ средних значений, по методике иррациональные убеждения Эллиса, выявил статистически значимые различия по всем шкалам методики ($p = 0,001$). На основании чего можно сказать, что в первой группе уровень выраженности иррациональных убеждений намного выше, чем во

второй. Учитывая полученные данные, можно заметить, что пациенты первой группы воспринимают многие жизненные события негативно, преувеличивая их трагичность и значимость. Они зачастую считают, что если дела идут не так, как запланировано, то это ужасно. Напротив, пациенты второй группы избегают преувеличивать значимость неприятных ситуаций, так как они хоть и причиняют беспокойство, но ни одна из них не является ужасной. Также пациенты первой группы предъявляют к себе завышенные требования, стремятся быть абсолютно совершенными и успешными, так как данный абсолютизм невозможен, люди с подобными притязаниями склонны к появлению чувства неполноценности и чувства страха перед неудачей, что часто приводит к различным фобиям. В свою очередь пациенты второй группы стараются жить так, как это у них получается, испытывая удовольствие от жизненного процесса. Необходимо отметить еще, что пациенты первой группы очень требовательно относятся к окружающим, и если они не оправдывают их ожиданий, то незамедлительно подвергаются жесткому осуждению со стороны данных исследуемых. Такое поведение иррационально, поскольку не существует абсолютных стандартов истинного поведения и все люди допускают ошибки.

Анализ средних значений с помощью *t*-критерия Стьюдента, по методике СЖО, выявил статистически значимые различия по всем шкалам методики ($p = 0,001$). На основании чего можно сказать, что в первой группе уровень осмысленности жизни намного ниже, чем во второй. Полученные данные позволяют судить о том, что пациенты первой группы плохо себе представ-

ляют свое будущее, имеют в наличии достаточно расплывчатые цели, они не могут четко увидеть направляющие ориентиры, к которым нужно стремиться. Пациенты первой группы недостаточно удовлетворены своим настоящим. Они не видят в своей жизни яркого интереса, смысла и эмоциональной насыщенности. Также нужно отметить, что данные пациенты ощущают чувство неудовлетворенности пройденным отрезком жизни. Низкий уровень осмысленности жизни и неверие в свои силы и возможности может приводить к различным невротическим нарушениям, а также и к тревожным.

Таким образом, исследование выявило у кардиологических больных с ПА высокий уровень тревожности и патопсихологической симптоматики, а также неверие в свои силы и в свою самостоятельность.

Вместе с тем пациенты первой группы занимают пассивную жизненную позицию и плохо различают в своем прошлом, настоящем и будущем источник смысла жизни, у них достаточно сильно выражены иррациональные установки, что может приводить к серьезной дезадаптации в окружающей среде и декомпенсации имеющихся патологических состояний.

В свою очередь, исследование позволило определить особый взгляд у данных больных на свою жизнь – через призму субъективного ощущения опасности и зависимости от внешних обстоятельств.

Практическая значимость исследования обусловлена тем, что полученные результаты дают возможность разработать комбинированную систему биопсихосоциальных методов лечения и профилактики заболевания с учетом личностных особенностей индивида.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Вейн А. М. и др. Панические атаки. СПб.: Ин-т мед. маркетинга, 1997.

² Вертоградова О. П., Довженко Т. В., Васюк Ю. А. Кардиофобический синдром (клиника, диагностика, терапия) // Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. М., 1994. С. 89–94.

³ Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства. М., 2000. С. 17.

⁴ *Тумалаева З. Н.* Вариабельность ритма сердца у больных паническими атаками до и после лечения алпразоламом (кассадан): Автореф. дис. на соис. учен. степени канд. мед. наук. М., 1998.

⁵ *Alexander P. J. et al.* Mental disorders in patients with noncardiac chest pain // *Acta Psychiatr. Scand.* 1994. Vol. 89. N 5. P. 291–293.

⁶ *Погосова И. А.* Клинические особенности психических заболеваний с паническими расстройствами // *Человек и его здоровье* : Курск. науч.-практ. вестн. 2000. № 5. С. 45–52.