

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПАНИЧЕСКИХ АТАК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Ю.И. Секунда, В.В. Шпрах

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра нервных болезней, зав. — д.м.н., проф. В.И. Окладников; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.А. Дзизинский, кафедра неврологии и нейрохирургии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. В работе представлен анализ результатов изучения особенностей структуры панических атак в зависимости от типа личности пациента.

Ключевые слова: панические атаки, тип личности, акцентуация характера.

Панические атаки — неожиданно возникающий и быстро, в течение нескольких минут, нарастающий комплекс вегетативных расстройств (вегетативный криз — сердцебиение, стеснение в груди, ощущение удушья, нехватки воздуха, потливость, головокружение), сочетающийся с ощущением надвигающейся смерти, страхом потери сознания или потери контроля над собой, сумасшествием. На первый взгляд клинические проявления панических атак (ПА) кажутся однотипными и универсальными. Вместе с тем, известно, что структура личности пациента в различной степени определяет клинические особенности заболевания на всех этапах развития, оказывает влияние на избирательную непереносимость определенно-го рода психогенных факторов, общую длительность болезни и т.д. [2-7,9,11,13]. Ещё Гиппократ [12], исходя из умозрительных представлений о жидкостях тела, утверждал, что гораздо важнее знать, какой человек болен, чем знать, какой именно болезнью болен человек. Гален также связывал определенные болезни с особенностями темперамента [цит. по 10]. В представлении А.М. Вейна и соавт. именно личностный преморбид является определяющим для феноменологии пароксизма [1]. Однако в настоящее время личностные особенности и другие аспекты психогенеза панического расстройства (ПР) ещё мало изучены.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей ПА в зависимости от типа личности пациента.

Методы и материалы

Проведено обследование 80 больных (15 мужчин и 65 женщин), находившиеся на стационарном и амбулаторном лечении в отделениях пограничных состояний Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1, на стационарном и амбулаторном лечении в Факультетской клинике нервных болезней им. Х.-Б.Г. Ходоса.

В исследование включали пациентов, состояние которых на момент обследования, согласно критериям диагностики МКБ-10 [8], определялось как паническое расстройство. Возраст больных варьировал от 21 до 55 лет (средний возраст на момент обследования — $36,6 \pm 11,5$ лет). Средний возраст дебюта ПР составил $34,3 \pm 8,5$ лет. Длительность заболевания находилась в пределах от 1 года до 20 лет (в среднем $7,1 \pm 4,2$ года). ПР умеренной степени тяжести (по меньшей мере четыре ПА в месяц) определено у 48 (60,0%) больных, ПР тяжелой степени с наличием по

меньшей мере четырех ПА в неделю — у 32 (40,0%) пациентов.

Текущий депрессивный эпизод (ДЭ) выявлялся у 54 (67,5%) пациентов. По тяжести ДЭ к моменту начала терапии пациенты распределились следующим образом: легкий ДЭ диагностировался у 17 (31,5%) пациентов, умеренный — у 19 (35,2%), тяжелый без психотических симптомов — у 10 (18,5%), промежуточный (между умеренным и тяжелым) ДЭ — у 8 (14,8%).

Из исследования исключались пациенты с шизофренией, с сопутствующими тяжелыми органическими заболеваниями центральной нервной системы, с выраженными соматическими заболеваниями, с расстройством личности (психопатиями), эпилепсией и алкоголизмом.

По данным анамнеза, медицинской документации и клинико-психопатологического обследования оценивались особенности личности пациентов. Для уточнения характерологических особенностей применялся Миннесотский многопрофильный опросник личности (ММРП), в ряде случаев — психодиагностическая методика Акцент-2-90 (модификация личностного опросника Шмишека-Мюлера, М.И. Вигдорчик)

Результаты и обсуждение

Отмечено, что в 90,0% случаев констатировались те или иные особенности личности, и только у 10,0% обследованных не было выявлено личностных акцентуаций.

Наиболее часто определялся истерический тип личности — 16 (20,0%), несколько реже гипертимный и психастенический склад личности — по 15 (18,75%) человек, в части случаев встречались лабильные циклоиды — 10 (12,5%) больных, гипотимные личности — 8 (10,0%), эпилептоидные особенности — 5 (6,25%), в единичных наблюдениях отмечен шизоидный склад личности — 3 (3,75%).

В клинической картине ПА были выделены вегетативный, аффективный, когнитивный, сенсорный, функционально-неврологический компоненты. Вегетативный компонент представлен признаками вегетативной гиперреактивности, сенсорный — сопровождающими их патологическими ощущениями, аффективный — тревожно-фобическими или другими проявлениями, когнитивный — симптомами, отражающими искаженное восприятие окружающего мира или себя в нем, функционально-неврологический компо-

нент представлен конверсионными симптомами.

Анализ результатов изучения структуры панических атак свидетельствует о различной представленности и степени выраженности отдельных компонентов в клинической картине пароксизмов в зависимости от типа личности пациентов.

Отмечено, что структура первых ПА у всех пациентов, независимо от личностных особенностей, характеризовалась однообразием проявлений с невозможностью выделения какого-либо определенного типа приступов. В первых пароксизмах преобладали вегетативный и эмоциональный компоненты. Симптомы вегетативной гиперреактивности в первоначальных ПА часто интерпретировались в качестве угрожающей жизни болезни. Пациенты часто говорили о страхе смерти, испытывали переживания соматической катастрофы и физической гибели. Возникал «всеохватывающий» страх, достигающий степени «панического состояния». Страх часто сопровождался двигательным беспокойством: больные метались, призывали на помощь окружающих, нередко вызывали бригаду скорой помощи.

В дальнейшем по мере течения заболевания ПА становились полиморфными. В панических приступах определялась значительная индивидуальность феноменологических проявлений, и выделялись особенности, специфичные для отдельных личностных типов пациентов. Подобные характерные черты ПА, свойственные определенным типам личности больных, далее сохранялись на всем протяжении заболевания, изменялись только степень выраженности и характер отдельных компонентов ПА.

Пациенты с истероидными чертами описывали ПА эмоционально и драматично, были склонны к гипербализации своих переживаний. Сообщали о «неописуемом ужасе», «огромном» страхе, «жутком» состоянии, «нечеловеческих страданиях» в момент приступа, «неизгладимых впечатлениях» после него. У пациентов с истероидными чертами характера в структуре ПА доминировали эмоциональные и сенсорные компоненты приступа. Аффективные проявления ПА характеризовались наибольшим разнообразием и яркостью внешних проявлений. Однако тревога и страх, касающиеся вопросов здоровья и возможности смерти, в момент панического приступа у пациентов истероидного склада были поверхностными.

Помимо насыщенного аффективного сопровождения ПА, в большинстве приступов у истероидных личностей наблюдались функциональные неврологические (конверсионные) симптомы [1]. Пациенты сообщали о трудностях при глотании, ощущении «кома» в горле, «прерывистости» речи, изменении голоса в момент ПА. Нарушения чувствительности проявлялись снижением слуха — ощущением «заглушек» в ушах, ухудшением зрения — «пелена перед глазами», расстройствами чувствительности на одной половине тела в ограниченных определенных участках, например, пациенты жаловались на онемение в левой руке до локтя. К конверсионным двигательным расстройствам в момент ПА относились: локальная (в левой руке, в нижних конечностях) или общая слабость, двигательные нарушения, напоминающие астазию-абазию, судороги в мышцах, нарушение походки. Необходимо отметить, что конверсионные симптомы регистрировались как

отдельные включения в ПА, не достигали высокой степени выраженности и ни в одном наблюдении не являлись доминирующими.

У пациентов с гипертимными чертами характера собственно вегетативные проявления приступа были наиболее выраженными и стойкими по сравнению с представленностью других компонентов. Соматопсихические ощущения мало подвергались идеаторной обработке. Витальный страх, возникающий во время первых пароксизмов, довольно быстро сменялся либо немотивированной тревогой, либо тревожными опасениями за свое здоровье, не достигающей степени выраженных и стойких фобических проявлений.

Пациенты с ананкастными чертами личности воспринимали ПА со страхом, поскольку появление приступов означало «крушение привычного образа жизни». Они отличались стремлением к восстановлению «внутреннего порядка», пытались собственными силами «преодолеть» пароксизмы, «удержать себя» от них «напряжением воли». Пациенты с данным личностным типом описывали ПА детализировано, последовательно, не отвечали на вопросы, пока не заканчивали начатую мысль, были склонны фокусировать внимание на значимых для них особенностях приступов. При этом анализу подвергались мысли, ощущения во время приступа, обстоятельства возникновения пароксизмов. Часто к моменту визита к врачу пациенты собирали всю возможную информацию о ПА из доступных источников.

У личностей психастенического склада доминировали в клинике ПА эмоциональные и идеаторные проявления. Но в отличие от истероидных личностей, эмоциональные расстройства в структуре подобных панических приступов не были выраженными, яркими. Больным была свойственна интенсивная идеаторная обработка собственных ощущений и переживаний, что приводило к формированию фобий на высоте приступа.

В большинстве случаев (49,0%) при возникновении телесных ощущений в области сердца формировалась кардиофобия — страх остановки сердца или инфаркта миокарда. У 16,0% пациентов с ведущими церебральными симптомами (головная боль, головокружение, приливы жара к лицу и голове или интракраниальные патологические сенсации) появлялся страх мозговой катастрофы («цереброфобия» или «инсультофобия»). При выраженном головокружении, неустойчивости, дурноте возникали страх падения на виду у окружающих (12,0%) или страх потери сознания (10,0%). Если выступали на первый план дыхательные нарушения, отмечался страх смерти от удушья (астмофобия) — 8,0% пациентов. В случае присоединения в структуре пароксизмов деперсонализационно-дереализационных расстройств наблюдался страх сойти с ума, потерять свое «Я», потерять контроль над поведением (диспсихофобия или маниофобия) — 5,0% больных.

В межприступном периоде, как правило, фобические переживания сохранялись, пациенты высказывали психологически понятные тревожные опасения по поводу своего соматического здоровья. С течением заболевания переживания приобретали характер обсессий с формированием обсессивно-фобического синдрома, который проявлялся как навязчивые тревожные опасения

о наличии серьезного соматического заболевания.

Особенностью ПА у пациентов эпилептоидного склада отмечены разнообразие эмоциональных проявлений. Аффективные расстройства в подобных ПА отличались значительным полиморфизмом. В одних случаях отмечались дисфорические проявления, выражавшиеся чувством раздражения, недовольства, вспышками гнева, агрессией: «наступает возбуждение всего организма, в такие моменты все начинает раздражать, действовать на нервы, происходит взрыв эмоций», в других — регистрировалась тревожно-тоскливая модальность аффекта в структуре ПА, когда к типичному тревожному аффекту присоединялись депрессивные нарушения тоскливого спектра: «вдруг острая, безмерная тоска пронзает душу».

Пациенты шизоидного склада о ПА рассказывали неспешно, скудно, с трудом разбирались в своих чувствах и переживаниях, возникающих в момент пароксизмов. С другой стороны, такие пациенты стремились показать врачу свое отношение к проблеме, пытались объяснить все логически. Пациенты считали, что, поняв механизм возникновения пароксизмов, они смогут препятствовать возникновению их. Эмоционально-аффективная составляющая пароксизмов была не выражена, в приступе преобладали вегетативный и когнитивный составляющие ПА.

Когнитивный компонент был представлен жалобами на головокружение несистемного характера, ощущение неустойчивости, состояние дурноты, по проявлениям приближающимися к дизестезическим кризам: «теряю точку опоры»,

«земля уходит из-под ног». Кроме этого, когнитивные нарушения проявлялись деперсонализационно-дереализационными расстройствами. Аутопсихическая и соматопсихическая деперсонализацией описывалась пациентами как чувство измененности самого себя, «потери собственного Я», как состояние «невесомости» — «голова полая, ноги становятся ватными, тело как пустая коробка». В отдельных наблюдениях возникала деперсонализация с характером отчуждения: «в голове что-то сдвигается, голова становится как чужая». Дерееализация выражалась сравнениями: «оказываюсь как в стеклянной банке, слова окружающих кажутся тихими, неразборчивыми и на мир смотрю как будто сквозь рифленое стекло».

У гипотимных и лабильных циклоидов основные компоненты ПА были представлены с равной частотой, и характерные черты пароксизмов, свойственные данным личностным типам, не определялись.

Таким образом, установлено, что с одной стороны тип личности пациента в большинстве случаев преобразует клиническую картину пароксизма, определяя своеобразие ПА, с другой — обнаружение специфических характеристик с выявлением индивидуального профиля панических приступов может служить дополнительным диагностическим критерием для уточнения типа личности пациента. Знание же клинических особенностей заболевания и личностного склада пациента способствует индивидуальному подходу и назначению адекватного и эффективного лечения каждому конкретному больному.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки. — М.: «Эйдос Медиа», 2004. — 408 с.
2. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение. — М.: Издательство «Триада-Х», 2000. — С. 100
3. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. — М.: Издательство «Триада-Х», 1999. — 266 с.
4. Колосова О.А. Роль особенностей личности в формировании психовегетативных нарушений // Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика /Под ред. А.М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 1998. — С. 463-470.
5. Левонтин Р. Человеческая индивидуальность: наследственность и среда. — М.: Издательская группа «Прогресс», 1993. — С. 79.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. — М.: «МЕДпресс», 1998. — С. 177.
7. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 608 с.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. — СПб., 1994. — С. 116-117.
9. Окладников В.И. Личность и психосоматическая патология. — Иркутск, 2005. — 213 с.
10. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: Учебник. — 2-ое изд. доп и перераб. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 864 с.
11. Ходос Х.Г. Неврозы мирного и военного времени. — Иркутск, 1947. — 145 с.
12. (Hippokrates) Гиппократ Избранные книги: Пер. с греч. — М.: Биомедгиз, 1936. — С. 736.
13. Reich J.H. DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder // Am. J. Psychiatry. — 1988. — V. 145. — P. 1149-1152.

THE STRUCTURAL FEATURES OF PANIC ATTACKS IN DEPENDENCE OF THE TYPE OF THE PATIENTS PERSONALITY

J.I. Secunda, V.V. Shprakh

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Institute for medical advanced studies)

In the work the structure of panic disorder and a type of a personality of the patients have been analyzed. The interactions between phenomenology of panic attacks and accentuation of character of the patients have been revealed.