Кардиофобия

Кардиофобия (от греч. kardia — сердце и phobos — страх) Приступообразные тревожные состояния, при которых больные опасаются прекращения работы сердца и наступления смерти, могут возникать и без наличия другого заболевания. В начале очередного приступа появляются тошнота, головокружение, внутреннее беспокойство, легкое сжатие сердца. Однако во многих случаях без всяких предвестников возникает тяжелый приступ: сильное сердцебиение, ощущаемое по всему телу, некоторое повышение кровяного давления, тяжелое чувство сжатия и стеснения в области сердца, нехватка воздуха, потливость, головокружение и чувство обморочного состояния (но не потери сознания), дрожь во всем теле и элементарный страх. Пациент считает, что его сердце через секунду остановится и он упадет замертво. Это страх самоуничтожения и смерти. При сильном возбуждении больные бегают и умоляют о помощи. Приступ длится от четверти часа до двух часов. Когда приходит помощь или она только ожидается, возбуждение и страх ослабевают. Появление врача при этом важнее, чем медикаментозная помощь. После первого приступа происходит фобическое развитие. Больные теряют душевное равновесие, живут в постоянном страхе, ожидая очередного приступа или смерти, испытывая страх возникновения страха (страх ожидания, фобия). При этом им не помогают ни сообщение терапевта о нормальных показателях работы сердца, ни уговоры, что предыдущие приступы не имели последствий. Частота приступов и промежутки между ними нерегулярны.

Из-за страха перед приступами больной неохотно остается один. Многие испытывают страх, что приступ у них разовьется во сне внезапно, и они не смогут достаточно быстро среагировать. Следствием этого бывают стойкие расстройства засыпания.

Причины развития кардиофобии

В нозологическом плане кардиофобический невроз (сердечная фобия) находится между неврозом страха и фобиями. Первым вариантом возникновения кардиофобии может стать тревога, как проявление или следствие общего невроза.

При этом малейшие неприятные ощущения в области сердца или кратковременное нарушение ритма по типу экстрасистолии (появление дополнительных, внеочередных сокращений сердца) вследствие какой либо травмирующей психику ситуации (стресс, перенапряжение, конфликт, и т.п.), а также сердечное заболевание у кого либо из близких, может стать причиной кардиофобии.

Этому типу кардиофобии подвержены очень мнительные, педантичные люди, да еще и со слабоустойчивой психикой.

В основе развития кардиофобии, действительно лежит заболевание сердца, но в этом случае страх за свое сердце, настолько преувеличен и необоснован, что выходит за рамки здравого смысла. В случае кардиофобии, даже на фоне существующего заболевания сердца, мучительный страх, который испытывает больной несоизмерим и несопоставим с обычными человеческими переживаниями.

Для больного кардиофобией, тягостной реальностью становятся не ощущения страха за свое сердце, а непосредственно чувство надвигающейся смерти. Причем каждый сердечный приступ больной переносит, как последний, несмотря на тот факт, что все предыдущие приступы длились от 1 до 10 минут и заканчивались после приема нитроглицерина.

Различают 2 основных типа кардиофобии:

1. Обусловленный болями в сердце т.е.имеющий проявления со стороны сердечно-сосудистой системы.

2. Связанный с нервно-психическим состоянием больного (когда боль в сердце не беспокоит).

Симптоматика

к

После диффузных предвестников с общим беспокойством и напряжением остро наступает сильное сердцебиение. Тахикардия достигает 120-160 в минуту, Ад повышается до 200/110 мм рт.ст. Профузный пот, глубокое и форсированное дыхание указывают на сим-патико-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».

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.

Молодая женщина постоянно одета в пальто и шляпу, всегда готовая при новом приступе бежать к врачу, когда её муж на работе. Пациент не выносит, если дверь между больничным отделением и кабинетом врача закрыта. Пациентка, как и большинство подобных больных, в больнице хорошо себя чувствует потому, что врач всегда поблизости; она связывает свои страхи с наличием ночной и дневной смен персонала, так как её пугает мысль о том, что, когда дежурный врач уйдет из отделения, сменяющий его врач может ещё не прийти.

Механизм развития кардиофобии

Чувство дискомфорта и необычных (и ранее не отмечавшихся) ощущений в левой половине грудной клетки, возникающие первоначально в условиях психотравмирующей ситуации или даже при ее отсутствии, после продолжительной астенизации порождает постепенно нарастающие тревогу и повышенную настороженность больных, которые со временем трансформируются в стойкое ощущение наличия у них серьезного заболевания сердца (чаще всего «предынфарктного состояния») и индуцируют страх смерти.

Закреплению этого убеждения могут способствовать, например, выявляемые минимальные изменения, обнаруживаемые во время обязательных в таких случаях инструментальных обследований пациента: ЭКГ, биохимическое исследование крови, УЗИ сердца и другие. И если по каким-то причинам пациенту выставляется диагноз ишемической болезни сердца (ИБС), то возможно формирование порочного круга, в основе которого лежит панический страх. Сложность ситуации усугубляется тем, что более поздние исследования других врачей могут не подтвердить диагноз, но его опровержение даже ведущими специалистами может оказаться для больного неубедительным. В результате возможно развитие конфликта и, как следствие, закрепление кардиофобии.

Ситуация возникновения заболевания

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

* В анамнезе обнаруживаются кризы, 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.

Мужчина, длительное время находящийся в трудной семейной ситуации, затягивающий своё решение о разводе, получает письмо от жены, в котором она сообщает, что они Должны развестись.

Студент 22 лет, единственный и несамостоятельный сын, получает известие о том, что его мать должны госпитализировать по поводу опасного для жизни заболевания.

Мужчина, находящийся в сложных отношениях со своими родителями, получает сообщение о смерти отца.

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.

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

Наиболее распространенные формы кардиофобий

Дискомфорт в области сердца или в левой половине грудной клетки возникший на фоне психотравмирующей ситуации или эмоционального истощения порождает постепенно формирующуюся лавинообразную тревогу и повышенную настороженность пациентов, которая позже трансформируется в ощущение наличия у них тяжелого заболевания сердца.

Другими словами на фоне или после стресса, человек ослабевает эмоционально, и даже незначительные болевые ощущения в сердце, четко фиксируются в его сознании и перерастают в тяжелую болезнь (по мнению больного).

Чаще всего это выражается в страхе или ожидании «пред инфарктного состояния» и страха смерти.

Эти страхи укореняются еще больше, когда пациенты замечают у себя незначительный дискомфорт за грудиной или «тяжесть в сердце», обращаются к врачу и при проведении кардиограммы выявляются незначительные изменения или отклонения от нормы, которые не угрожают жизни, но самим больным это воспринимается как неполадка в организме.

Такой человек, имеющий в голове «идею-фикс» идет дальше, он проходит, все анализы, повторно делает ЭКГ, УЗИ сердца и не останавливается на одном докторе. Он ходит по врачам и ищет того, кто все-таки подтвердит его страхи. А, как известно, сколько докторов столько и мнений.

И как это часто бывает, находятся доктора, которые, не разобравшись, ставят как клеше, Диагноз: Ишемическая болезнь сердца, которой в данном случае нет.

Вот тут-то пациент получает «то, что хотел», а именно подтверждение диагноза и оправдание своих страхов. Но самое главное, он начинает ее лечить и не получает эффекта, а все почему? Да потому, что у него нет никакой ишемической болезни, стенокардии и тем более прединфарктного состояния. После неудачного лечения больной полностью опускает руки, потому как понимает, что «ЭТО даже не лечиться». Со временем у него формируется порочный круг, основой которого и является страх умереть от тяжелого сердечного заболевания.

Постепенно такой человек «входит в болезнь», которой на самом деле у него нет, а все проявления, беспокоившие его раньше, были всего лишь реакцией организма на стресс.

Большие сложности возникают тогда, когда исследования проводятся спустя какое то время не подтверждают поставленного диагноза. Пациенту говорят, что он здоров, а он в свою очередь отказывается верить и доказывает, что болен, что лечился, а эффекта нет никакого.

Иногда неверно поставленный диагноз может вызвать конфликт между пациентом и врачами, недоверие ко всем докторам и как следствие закрепление кардиофобии в сознании больного.Сложность диагностики кардиофобии состоит в том, что она напоминает распространенные заболевания сердца и человек имея то или иное заболевание, зная или чувствуя симптомы болезней сердца проецируют их на себя. Зачастую именно так происходит формирование кардиофобии.

Кардиофобия может протекать по некоторым вариантам с превалированием симптомов того или иного заболевания.

1.Псевдоревматический вариант кардиофобии (ложно ревматический).

2. Псевдоинфарктный вариант кардиофобии (ложно инфарктный).

3. Невротический вариант кардиофобии.

Псевдоревматическая кардиофобия

Псевдоревматическая кардиофобия (наиболее частый вариант кардиофобии).

Псевдоревматическая форма кардиофобии по жалобам напоминает состояние при ревматическом пороке сердца и проявляется болями в сердце.

Эта форма кардиофобии формируется после частых ангин (хронического тонзиллита) и чаще всего формируется на фоне перенесенного ревматизма и ревмокардита у кого-либо из родственников.

При этом больные жалуются на боль в сердце, одышку, сильное сердцебиение, «перебои» в сердце и эти проявления обычно связаны с физической нагрузкой, также могут присутствовать жалобы на боли в суставах.

Развитие псевдоревматического варианта кардиофобии развивается следующим образом: У пациента, который жалуется на разнообразные неопределенные ощущения со стороны сердца, во время проведения определенных исследований (ЭКГ, УЗИ сердца, биохимические анализы крови) выявляют некоторые изменения, может повышаться температура тела и отмечаться незначительное учащение частоты сердечных сокращений. Затем пациент знакомиться с тяжелобольным ревмокардитом или страдающим пороком сердца (родственником, другом, знакомым или слышит по телевизору). Все эти симптомы он как бы переносит на себя и как под трафарет подставляет свои ощущения под чужой диагноз – формируется ошибочное представление о своем диагнозе! «А, может и у меня тоже самое»?

Затем такой пациент проходит всевозможные обследования во многих лабораториях и клиниках, настойчиво требует консультации разнообразных специалистов (как я уже говорила, сколько врачей столько и мнений) и вот тут то и попадает наш пациент в ловушку, которую сам себе и расставил.

Он просто «выдавливает» из врачей или назначает себе самостоятельно, курс противоревматической терапии и естественно не получает лечебного эффекта, потому как изначально лечить было нечего!

В итоге пациент убеждается в том, что он серьезно болен (раз лечение не помогает) и продолжает жить в страхе за свое здоровье и жизнь.

Кардиофобия в данном случае очень влияет на социальную и личную жизнь человека. Такие пациенты часто берут неоправданные больничные листы, отказываются от физических нагрузок, от интимных отношений, что отрицательно сказывается на семейных отношениях. Такие люди сужают круг интересов, друзей и знакомых, они досконально начинают изучать медицинскую литературу, смотрят передачи о здоровье, уделяют много времени правильному питанию, скупают ненужные лекарства и биодобавки и это все для того, чтобы бороться с несуществующей болезнью и предотвратить скорейшее наступление смерти.

Для того, чтобы этого не случилось, нужно:

* + Довериться одному доктору (кардиологу либо ревматологу).
	+ Провести ряд исследований необходимых в данном случае, которые назначает только врач с учетом Вашего состояния.
	+ Проявить выдержку, для того чтобы дать врачу объективно поставить диагноз и если потребуется еще раз оценить состояние пациента (провести дифференциальную диагностику) и назначить необходимое лечение.

Псевдоинфарктная кардиофобия

Как известно люди бояться самых страшных заболеваний, а именно тех, которые способны привести к смерти (инфаркт миокарда, инсульт, рак, туберкулез, СПИД).

псевдоинфарктная форма кардиофобии развивается у тех людей, кто знаком с понятием инфаркт миокарда или у тех, чьи родственники перенесли инфаркт или не смогли пережить его.

Псевдоинфарктная форма кардиофобии – это комплекс неприятных ощущений, которые испытывает человек в ожидании развития у него инфаркта миокарда. Проще говоря – это страх получить инфаркт и умереть.

Если у человека существует какой-либо дискомфорт или боль в области сердца у него начинает формироваться и доминировать страх развития заболевания сердца, страх получить инфаркт миокарда, что в последующем начинает определять его поступки и отношение к своему здоровью, которые иногда даже чересчур преувеличены.

Сначала такие пациенты начинают тщательно и неоднократно обследоваться, параллельно они активно лечатся, пробуют всевозможные «сердечные» лекарственные препараты. Обследования и посещение врача кардиолога доходит до абсурда (до 1-2 раз в неделю), для того что бы быть спокойным за свое сердце. Такие обследования как ЭКГ, УЗИ сердца, на которых больной настаивает больше одного раза в месяц, уже само по себе наталкивает на мысль о зацикленности пациента на своем здоровье, что тоже не очень хорошо (таких пациентов в поликлиниках знают в лицо).

На протяжении этого времени пациенты «выслушивают» и «выискивают» у себя новые ощущения и предъявляют все новые и новые жалобы. Самочувствие пациента при этом не изменяется.

Те пациенты которые на фоне страха за свое сердце действительно отмечали боли в сердце, после предписанного лечения не чувствуют улучшения, никак не реагируют на прием нитроглицерина (хотя классическая боль в сердце после приема нитроглицерина проходит через 2-5 минут). На ЭКГ никаких патологических изменений не выявляется.

Таким образом, становится очевидным явное несоответствие между ощущениями самого больного, которые выходят за рамки обычной боли в сердце и способны напоминать боль в сердце при сердечной патологии и данных обследования (ЭКГ, УЗИ сердца, анализы крови), при проведении которых не выявляется ни малейших проблем с сердечно-сосудистой системой.

В 90% случаев многое зависит от врача, который должен объяснить пациенту обратившемуся с болью в сердце, что не нужно пугаться, а нужно провести сначала ряд исследований которые помогут выяснить причину боли в сердце, т.к. сердце может болеть не только при стенокардии и инфаркте миокарда.

Существует ряд других заболеваний, при которых боль может проецироваться именно на сердце, но не представлять прямой угрозы для жизни пациента.

К таким заболеваниям можно отнести: Остеохондроз шейного и грудного отдела позвоночника.

* + Межреберная невралгия.
	+ Опоясывающий лишай (герпес).
	+ Левосторонняя пневмония.
	+ Состояние после приема алкоголя (алкогольная кардиомиопатия).
	+ Состояние климакса (гормональные перестройки).
	+ Заболевания пищеварительной системы (чаще приступ панкреатита).

Так, что боль в сердце не обязательно связана с заболеванием сердца. Важно доступно объяснить пациенту, что с ним? и совместно выработать план дальнейшего обследования и сказать, что под воздействием правильно подобранного лечения боль в сердце будет ликвидирована, но не сразу и сначала боль может сохраняться, чтобы это не пугало пациента. С людьми нужно разговаривать!!!, а не швырять бланки с заумными терминами в лицо и скорбно обсуждать больного в спину с санитаркой!!!

Симптомы псевдоинфарктной кардиофобии

Зачастую первый сердечный приступ возникает остро, после этого болезнь приобретает рецидивирующий характер (часто повторяющийся) характер. Во время последующих приступов появляется страх и ощущение замедления работы сердца с последующей его остановкой. На фоне приступа отмечается покраснение лица, шея и верхняя часть туловища покрывается красными пятнами, учащается сердцебиение и дыхание, появляется резкая потливость.

Больные очень беспокойны, стонут, мечутся по комнате, кровати, звонят в скорую помощь и требуют оказания помощи и настаивают на немедленной госпитализации с последующим лечением.

Поведение и состояние больных с псевдоинфарктной кардиофобией

Резко снижается критичность к самому себе. Больные чрезмерно сосредоточены на своих ощущениях и не обращают внимания на вопросы и рекомендации врача.

К примеру, просьба успокоится, не стонать и не бегать по комнате – выполняется, но через 5 минут больной все забывает и снова демонстративно и красочно сопровождает приступ стонами, криками, метанием в постели и т.п.

Приступ может длиться от нескольких минут до нескольких суток.

Испытывая страх развития инфаркта миокарда и последующей за ним потери сознания или смерти, больные постоянно подсчитывают свой пульс, дыхание, прислушиваются к малейшим изменениям в организме. Панически реагируют на малейшие неприятные ощущения в левой половине грудной клетки.

Невротический вариант кардиофобии

Для этой формы кардиофобии характерно отсутствие каких-либо проявлений заболеваний сердца.

Обычно именно неопределенность, нечеткость и размытость жалоб пациента на свои ощущения наталкивает врача на мысль о невротической природе заболевания.

Жалобы пациента невротической формы кардиофобии имеют не четкий характер, ибо пациенты не могут четко описать, или показать то место, где у них болит.

Они предъявляют жалобы на «заложенность» в грудной клетке, неудовлетворенность вдохом, часто звучит фраза «Как то мне не так в груди и в сердце», иногда они ощущают остановку или замедление работы сердца или наоборот усиленное сердцебиение.

Многие пациенты с этой формой кардиофобии суживают круг своих интересов и общения, оставляя только тех, кто любит лечиться, часто измеряют свое давление, проходят большое количество обследований. Другими словами смысл жизни сводится к тому, чтобы прислушиваться к своим ощущениям и ограничиваться рамками своей болезни.

Клиническая картина

Если псевдоинфарктная форма кардиофобии обусловлена произошедшей прежде травмой или воспалением, заболевание может носить приступообразный характер. Первый сердечный приступ обычно возникает остро, затем болезнь приобретает рецидивирующее течение. Во время приступа характерно появление мучительного страха, появляется ощущение очень редких ударов сердца и наступающей его остановки. Как правило, больные проявляют выраженное беспокойство, мечутся, стонут, вызывают «Скорую помощь», настойчиво и шумно требуют немедленного медицинского вмешательства. Приступ сопровождается выраженными вегетативными реакциями: диффузным покраснением лица, пятнами гиперемии (красноты) на шее, груди, учащением дыхания, выраженной тахикардией (учащением сердечных сокращений) до 120 ударов в минуту (несмотря на ощущение больным редких ударов), повышением артериального давления, резкой потливостью.

Причины. Что касается психодинамических условий, то фиксация и сим-биотические отношения с матерью, прежде всего у молодых мужчин, часто в связи с семейным положением, уже давно подчёркивались.

Среди больных с кардиофобией много единственных в семье детей, часто растущих без отца. Здесь также много младших сыновей, которые очень привязаны к матери. Ситуация единственного ребёнка, сына, который имел мало возможностей завязать отношения вне семьи и был вынужден длительное время ограничиваться контактами с одним человеком, играет причинную роль в дальнейшей несамостоятельности и сложностях при разлуке. Фрейд в этой связи впервые констатировал, что это не столько отвержение само по себе, сколько общая изнеженность, которая делает позже человека не способным отказаться от любви или хотя бы временно довольствоваться меньшим.

Чрезмерная ранняя привязанность предрасполагает к неврозу. Общие нейро-психологические 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.

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 «ситуации искушения». Эти ситуации, которые имеют значение одиночества, вызывают психосоматические оттенки враждебности и страха, которым соответствует симпатикотоническая готовность. Если при этом криз протекает в виде сосудистого (симптоматико-вазального) приступа, то он может привести к кардиофобическому неврозу

Особенности поведения и психологии больных кардиофобией

Сознание больных сохранено, хотя можно констатировать определенную некритичность пациентов: весьма характерно чрезмерное сосредоточение внимания на своих ощущениях при сниженной реакции на внешние раздражители, например рекомендации врача. Скажем, просьба успокоиться, прекратить стоны обычно выполняется, но уже через несколько минут больной может забыть все советы, вновь начинает метаться в постели, сбрасывать одеяло и т. д. Продолжительность приступа может колебаться в широких пределах: от нескольких десятков минут до нескольких суток.

Испытывая страх за свое сердце и в межприступном периоде, больные постоянно считают у себя пульс, тщательно фиксируют и анализируют любые изменения самочувствия, панически реагируют на малейшие неприятные ощущения в левой половине грудной клетки или даже всей верхней части туловища. Эти больные умеют подчинять заботе о своем сердце не только всю свою жизнь, но и жизнь окружающих, перекладывая все домашние хлопоты на близких и даже детей. Они полностью отказываются от половой жизни и разводятся с уже ненавистными им супругами. Кроме того, они боятся спать на левом боку и испытывают страх перед наступлением ночи, так как убеждены, что большинство людей умирают по ночам. Бессонница у таких больных может быть обусловлена страхом заснуть и не проснуться.

Они отказываются также от всего, что может их взволновать и таким образом оказать влияние на сердце: просмотров кинофильмов, походов в театр, курения и употребления алкоголя, кофе, крепкого чая, разговоров о смерти, присутствия на похоронах, чтения серьезной литературы и любого умственного напряжения. Такие больные неукоснительно соблюдают строгий распорядок дня и определенную диету: с целью не допустить повышения уровня холестерина в крови они вообще не берут в рот жиры; не употребляют черный хлеб и капусту, чтобы не увеличить нагрузку на сердце за счет метеоризма — вздутия живота; составляют целебные смеси, сидят на различных диетах, выписывают и внимательно изучают популярную медицинскую литературу. Такие больные не рискуют лишний раз выйти на улицу; они испытывают страх одиночества, буквально не отпуская от себя родных; для них характерен также страх толпы и закрытых помещений (в том числе вагонов поездов, метро, из которых нельзя выйти сразу).

Кроме того, они требуют к себе особого отношения, постоянного врачебного наблюдения, частого инструментального обследования (ЭКГ), запасаются большим количеством лекарств, а также грелками и термометрами и не выходят из дома без нитроглицерина и валидола. Они пробуют самые различные, особенно новые методы лечения, но почти никогда не проходят курс до конца.

Таким образом, различают два основных варианта кардиофобии: первый, обусловленный кардиалгией, т. е. имеющий кардиальную основу, и второй, связанный исключительно с нервно-психическим статусом больного.

Течение невротического варианта кардиофобии

Если кардиально обусловленная форма болезни обычно в большей или меньшей степени напоминает достаточно известные, в том числе и тяжелые поражения сердца, то кардиофобия как вариант невроза в клиническом отношении характерна именно отсутствием типичных для заболевания сердца жалоб. Как правило, именно неопределенность, нетипичность рассказа пациента о своих ощущениях заставляет заподозрить исключительно невротическую природу заболевания. Набор жалоб больного, страдающего кардиофобией, неконкретный, они носят общий характер. Типичны жалобы на сдавление и (или) заложенность груди, чувство нехватки воздуха (характернейшая черта — неудовлетворенность вдохом) и остановки сердца или, напротив, ощущение громких сердечных ударов. Некоторые такие больные могут годами лежать в постели, внушив опасение за свое сердце окружающим и родственникам.

Кардиофобический синдром невротической природы может довольно долгое время вообще не сопровождаться приступами. Однако иногда одно только воспоминание о прошлых болях может стать причиной для полного ухода в болезнь, глубочайшей боязни двигаться, боязни оставаться одному в квартире, боязни ходить без сопровождения по улице и т. д. Многие больные кардиофобией (хотя далеко не все) постепенно суживают круг своих интересов, оставляя только то, что имеет отношение к их болезни. Их интересует только диета, регулярность стула, прием лекарств, ограничения физического напряжения, т. е. жизнь становится ограниченной рамками собственного заболевания. Кроме того, вырабатывается правило не волноваться, т. к. любое волнение, по их мнению, представляет опасность.

Личность

Что касается личности, то, как и при других психосоматических заболеваниях, имеется два противоположных типа личности (поведения):

-тип А, который демонстрирует непосредственно симбиотичес-Кую зависимость, и тип Б, который не терпит этих унизительных ситуаций и ведёт себя подчеркнуто независимо, проявляя демонстративные псевдонезависимые реакции в своих осознанных и неосознанных поступках

У подавляющего большинства больных можно наблюдать обычную зависимость, нарастающее сокращение жизненных связей, шажение себя, характерную для фобий вообще позицию ухода от трудностей. Некоторые прекращают работать, не в состоянии жить самостоятельно, без поддержки врача и близких. Они избегают сексуальных контактов, занятий спортом и в конце концов любых физических усилий, которые связаны с учащением сердцебиения. Многие полностью фиксированы на наблюдениях за своей сердечной деятельностью, читают всю относящуюся к этому литературу, ходят от врача к врачу, распространяют свои самонаблюдения на другие части тела. Считается, что ипохондрик всегда найдет причину изучать, себя и даже здоровый человек имеет достаточно материала для ипохондрической переработки ощущений в своём организме. Но именно при кардионевротическом страхе играет большую роль психофизиологический порочный круг: вследствие страха происходит выброс адреналина с учащением сердцебиения и повышением АД. Тем самым уменьшается полезный эффект работы сердца, наступает гипоксия, которая в свою очередь вызывает страх и сердечные сенсации. Тревожное беспокойство приводит к тахикардии и повышенной возбудимости, усиливающей тревожное беспокойство с проекцией на сердце. Страх может возникнуть из-за сердца, когда увеличение частоты сердечных сокращений и сердечных сенсаций снова вызывает страх.

Для пациентов с гиперкомпенсацией и выраженной защитой характерно пытаться побороть свою слабость активностью и физическими усилиями. Они не терпят, когда медикаментозное или другое лечение, направленное на расслабление и пассивность, вызывает у них «слабость», что имеет значение при выборе стратегии лечения.

Прогноз. Событие, которого больше всего боится больной с кардиофо-бическим неврозом, – это инфаркт миокарда, который у таких больных развивается не чаще, чем среди населения в целом. Этому соответствуют и катамнезы при функциональных сердечно-сосудистых нарушениях, поскольку симптоматика развивается, как правило, на основе специфической формы динамически лабильной регуляции АД. Многие катамнезы, достигающие 20 лет показывают явно меньшее число органических заболеваний сердца, чем можно было бы ожидать.

Прогноз у нелеченых больных как в отношении симптоматики, так и в плане жизненного развития неблагоприятен. Отмечается склонность к хронизации, расширению симптоматики, большинство больных оказываются в менее благоприятной социальной ситуации. 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.

Лечение неврозов сердца типа кардиофобии заключается в целенаправленной и активной психотерапии. Улучшение состояния больного или даже выздоровление может произойти после аргументированного снятия того или иного диагноза на основе объективных методов диагностики. Кардиалгический синдром обычно не требует специального лечения, однако с учетом психики больных с неврозами нередко приходится прибегать к назначению седативных средств и транквилизаторов.

При ярко выраженной кардиофиобии рекомендуется применять бета-блокаторы и транквилизаторы. Это достаточно эффективное средство для снятия кардиофобического синдрома на первое время. В дальнейшем следует применять психотерапию.

Для того, чтоб преодолеть кардиофобию, нужно пойти на свой страх. Многие психотерапевты и психологи говорят, что это самый эффективный способ борьбы со страхом. Вот пример, взятый из книги Виктора Франкла:

Мария Б. страдала от приступов сердцебиения; их сопровождал страх и "ощущение потери сознания". После первых приступов сердцебиения и страха появлялся страх, что они могут повториться в любой обстановке, от чего у пациентки тоже начиналось сердцебиение. Особенно боялась она того, что упадёт на улице или что с нею "случится удар". Доктор посоветовал пациентке, чтобы она говорила себе: "Сердце должно биться ещё сильнее. Я обязательно постараюсь свалиться на улице". Причём, согласно рекомендации, она должна была с целью тренировки намеренно искать неприятные для себя ситуации и ни в коем случае не избегать их. Спустя две недели после приёма пациентка сообщила: "Я чувствую себя совсем хорошо, и у меня почти нет сердцебиений. Состояние страха совершенно исчезло". Через 17 дней после выписки, она сказала врачу, что если у неё вдруг начинает сильно стучать сердце, она говорит себе: "Сердце должно биться ещё сильнее", - и сердцебиение прекращается".

Также рекомендуется использовать различные способы саморегуляции, такие как аутогенная тренировка, дыхательные упражнения и медитации.