

*С. В. Федорченко*

**ХВОРИ З ЗАПАМОРОЧЕННЯМ: ОСОБЛИВОСТІ РЕАКТИВНОЇ Й ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ**

*С. В. Федорченко*

**Больные с головокружением: особенности реактивной и личностной тревожности**

*S. V. Fedorchenko*

**Patients with dizziness: reactive and personal anxiety peculiarities**

Мета дослідження — вивчення реактивної та особистісної тривожності у хворих з запамороченням.

Було обстежено 132 хворих, які перебували на лікуванні в неврологічній клініці. Одним з провідних симптомів було запаморочення. Залежно від етіології запаморочення, хворих поділили на чотири групи: перша група пацієнтів з цереброваскулярною патологією — 43 особи; другу групу становили пацієнти з патологією шийного відділу хребта — 37 осіб; в третю групу — з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора — були включені 27 хворих; четверту групу представляли пацієнти з психогенним запамороченням — 28 осіб. У ході проведення дослідження була використана методика Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна.

Високі показники реактивної та особистісної тривожності у пацієнтів з запамороченням є патогенетично значущими параметрами в зниженні загальної толерантності організму і в опосередкованому формуванні патофізіологічних процесів. Для оптимізації та моделювання терапевтичного підходу у пацієнтів з запамороченням необхідне проведення психодіагностичного дослідження для виявлення реактивної та особистісної тривожності. Своєчасна діагностика тривожних станів має практичне значення і розширює можливості комплексної терапії з реалізацією анксиолітичного ефекту у хворих з запамороченням.

**Ключові слова:** запаморочення, методика Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, реактивна й особистісна тривожність

Цель исследования — изучение реактивной и личностной тревожности у больных с головокружением.

Было обследовано 132 больных, находившихся на лечении в неврологической клинике. Одним из ведущих симптомов было головокружение. В зависимости от этиологии головокружения больных распределили на четыре группы: первая группа пациентов с цереброваскулярной патологией — 43 человека; вторую группу составляли пациенты с патологией шейного отдела позвоночника — 37 человек; в третью группу — с поражением периферического вестибулярного анализатора — были включены 27 больных; четвертую группу представляли пациенты с психогенным головокружением — 28 человек. В ходе проведения исследования была использована методика Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина.

Высокие показатели реактивной и личностной тревожности у пациентов с головокружением являются патогенетически значимыми параметрами в снижении общей толерантности организма и в опосредованном формировании патофизиологических процессов. Для оптимизации и моделирования терапевтического подхода у пациентов с головокружением необходимо проведение психодиагностического исследования для выявления реактивной и личностной тревожности. Свовременная диагностика тревожных состояний у больных с головокружением имеет практическое значение и расширяет возможности комплексной терапии с реализацией анксиолитического эффекта.

**Ключевые слова:** головокружение, методика Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, реактивная и личностная тревожность

The purpose of the study — researching reactive and personal anxiety in patients with dizziness.

The study involved 132 patients who were treated in the neurological clinic. Dizziness was one of the main symptoms. Depending on the etiology of dizziness the patients were divided into four groups: the first group — patients with cerebrovascular diseases — 43 people; the second group consisted of patients with disorders of the cervical spine — 37 people; the third group — with disorders of the peripheral vestibular apparatus — included 27 patients; the fourth group were patients with psychogenic dizziness — 28 people. A technique of C. D. Spielberger — Y. L. Hanin was used during the study.

High levels of reactive and personal anxiety in patients with dizziness are pathogenetically significant parameters in reducing the overall tolerance of the body and in the formation of mediated pathophysiological processes. In patients with dizziness is necessary to conduct psycho-diagnostic research to identify reactive and personal anxiety to optimize and simulate a therapeutic approach. Timely diagnosis of anxiety in patients with dizziness has practical value and enhances possibilities of complex therapy with the implementation of an anxiolytic effect.

**Key words:** dizziness, technique C. D. Spielberger — Y. L. Hanin, reactive and personal anxiety

Запаморочення і порушення рівноваги — одна з найпоширеніших (до 30 %) скарг, яку пацієнт висловлює на прийомі в лікаря, як загальної практики, так і різних спеціальностей — оториноларинголога, невропатолога, психіатра та ін. Запаморочення — це симптом, він може бути проявом різних захворювань, які не становлять серйозних загроз здоров'ю, так і таких, що значно знижують якість життя пацієнта або навіть загрожують йому. Запаморочення належить до сфери суб'єктивних відчуттів людини, що зумовлює труднощі під час описування та визначення цього феномена хворими [1].

Існує багато причин виникнення запаморочення, крім того вони дуже різноманітні: запаморочення може бути симптомом широкого спектра соматичних, неврологічних, психічних і багатьох інших захворювань [1—4].

Серед емоційних порушень найчастішою причиною запаморочення є тривожні або тривожно-депресивні розлади. Саме частота тривоги, яка є найпоширенішим

емоційним порушенням і спостерігається у популяції в 30 %, визначає високу представленість психогенного запаморочення [4].

До групи тривожних розладів належать кілька досить різноманітних захворювань, пов'язаних однією загальною ознакою — високим рівнем тривоги, яка має стійкий характер, може обмежуватися або не обмежуватися якимись певними обставинами (фіксована тривога або нефіксована, особистісна і ситуативна) [5].

Клінічно тривожні розлади проявляються психічними і соматичними (вегетативними) симптомами, у тому числі запамороченням, важливою відмінною рисою яких є полісистемність [5].

Розрізняють реактивну тривогу — психологічний стан у відповідь на вплив зовнішніх чинників навколишнього середовища й особистісну тривогу — як одну з характеристик у структурі особистості.

Особистісна тривожність пов'язана з широким спектром когнітивних, афективних і поведінкових особливостей

людини і є одним з параметрів, що визначають стресостійкість людини [6].

Показник рівня особистісної тривоги є провідним в оцінці адаптаційного ресурсу організму людини, що дає можливість вибрати відповідну стратегію медико-психологічного супроводу в процесі лікування хворих [7].

Дослідження рівня церебрального метаболізму дозволяє припускати, що основою мозкового забезпечення реактивної тривожності є система, найстійкіші ланки якої — такі церебральні структури, як верхньо-тім'яна асоціативна кора, парагіпокампальна звивина, таламус і хвостате ядро, амігдаларний відділ мозку [8, 9].

Це свідчить про високу значимість симптомів емоційних порушень та емоційних станів у практичній медицині і є предметом даного дослідження.

Мета дослідження: вивчення реактивної та особистісної тривожності у хворих з запамороченням.

Було обстежено 132 хворих, які перебували на лікуванні в неврологічній клініці. Одним з провідних симптомів було запаморочення. Залежно від етіології запаморочення, хворих поділили на чотири групи: перша група — пацієнти з цереброваскулярною патологією — 43 особи, з них 56 % жінок і 44 % чоловіків; середній вік пацієнтів в групі становив  $61,77 \pm 23,24$  роки у жінок і  $58,13 \pm 12,88$  роки у чоловіків. Друга група — пацієнти з патологією шийного відділу хребта (краніовертебральні і судинні аномалії) — 37 осіб, серед яких 82 % жінок і 18 % чоловіків; середній вік пацієнтів в групі становив  $48,61 \pm 24,39$  роки у жінок і  $42,50 \pm 16,50$  роки у чоловіків. Третя група — 27 хворих з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора, з них 60 % жінок і 40 % чоловіків; середній вік пацієнтів в групі становив  $47,26 \pm 22,74$  роки у жінок і  $50,33 \pm 23,67$  роки у чоловіків. Четверту групу представляли пацієнти з психогенним запамороченням — 28 осіб, до неї увійшли 75 % жінок і 25 % чоловіків; середній вік пацієнтів в групі становив  $55,87 \pm 19,13$  роки у жінок і  $43,00 \pm 25,00$  роки у чоловіків.

Для диференційованого вимірювання тривожності як стану з поточною ситуацією і як особистісної властивості в ході проведення дослідження була використана методика Ч. Д. Спілбергера, адаптована Ю. Л. Ханіним. Оцінення отриманих результатів проводили згідно зі стандартизованими нормативами, відповідно до рівнів вираженості тривожності: до 30 балів — низький рівень тривожності; від 31 до 45 балів — помірний рівень тривожності і вище 46 балів — високий рівень тривожності [10].

Включення в загальну програму обстеження хворих з запамороченням визначення тривожності було зумовлено необхідністю розширення інформативної бази щодо

емоційного стану та емоційного реагування обстежених пацієнтів для розуміння їх адаптаційного ресурсу, зниження якого може зіграти роль у розвитку хвороби.

У дослідженні була використана позиція визначення біологічної (особистісна тривога) та ситуативної (реактивна тривожність) готовності організму до емоційного реагування на вплив патогенного чинника.

Згідно з концепцією Спілбергера, слід розрізнити тривогу як стан і тривожність — як властивість особистості. Тривога — це реакція на загрозу і небезпеку, реальну або уявну, емоційний стан дифузного безоб'єктного страху, що характеризується невизначеним відчуттям загрози, на відміну від страху, який становить реакцію на цілком певну небезпеку. Тривожність — це індивідуальна психологічна особливість, яка полягає в підвищеній схильності відчувати занепокоєння в різних життєвих ситуаціях, у тому числі і тих, об'єктивні характеристики яких цього не передбачають [10].

Відомо, що певний рівень тривожності — природна і обов'язкова особливість активної діяльності особистості. У кожної людини існує свій оптимальний рівень тривожності — так звана корисна тривожність. Ситуативна тривожність характеризує стан людини в даний момент часу і проявляється суб'єктивно пережитими емоціями: занепокоєнням, напруженням, дратівливістю в певній обстановці. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію, може бути різним за інтенсивністю та динамічним у часі. Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність людини до тривоги і передбачає наявність у неї тенденції сприймати досить широкий спектр ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожен з них певною реакцією. Особистісна тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, які людина розцінює як небезпечні [11—13].

Проаналізовані результати дослідження (таблиця) свідчили, що в першій групі хворих з цереброваскулярною патологією низький рівень реактивної тривожності спостерігався у  $52,90 \pm 3,18$  % хворих; помірна тривожність була у  $35,30 \pm 3,87$  % хворих і високий рівень тривожності — у  $11,80 \pm 6,98$  % хворих. Показники особистісної тривоги були зареєстровані у хворих даної групи зі значеннями помірної і високої тривожності в  $47,10 \pm 3,62$  % і  $52,90 \pm 3,18$  % випадків відповідно. Інтерпретуючи результати, слід зазначити важливість того факту, що 100 % пацієнтів — з високим і помірним рівнем особистісної тривожності; це можливо розцінювати в рамках існуючого положення про те, що дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з емоційними, невротичними і психосоматичними захворюваннями [11—13].

Показники рівня тривожності обстежених хворих за методикою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна ( $M \pm m$ ), %

Характеристика тривоги	Оцінка, бали	Хворі з цереброваскулярною патологією ( $n = 43$ )	Хворі з патологією шийного відділу хребта ( $n = 37$ )	Хворі з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора ( $n = 27$ )	Хворі з психогенним запамороченням ( $n = 28$ )
Реактивна тривога	30 і менше (низька)	$52,90 \pm 3,18$	$36,40 \pm 5,61$	$60,00 \pm 5,19$	$50,00 \pm 6,89$
	31—45 (помірна)	$35,30 \pm 3,87$	$54,50 \pm 4,92$	$40,00 \pm 3,37$	$50,00 \pm 6,89$
	46 і більше (висока)	$11,80 \pm 6,98$	$9,10 \pm 7,97$	0	0
Особистісна тривога	30 і менше (низька)	0	$9,00 \pm 7,99$	0	0
	31—45 (помірна)	$47,10 \pm 3,62$	$45,50 \pm 5,36$	$33,30 \pm 6,59$	$33,30 \pm 6,67$
	46 і більше (висока)	$52,90 \pm 3,18$	$45,50 \pm 5,36$	$66,70 \pm 4,87$	$66,70 \pm 4,85$

У другій групі пацієнти з краніовертебральною патологією і судинними аномаліями шийного відділу виявляли реактивну тривожність з низьким показником в  $36,40 \pm 5,61$  % випадків, з помірним рівнем тривожності в  $54,50 \pm 4,92$  % випадків і висока тривожність була у  $9,10 \pm 7,97$  % хворих. З низьким значенням особистісна тривога спостерігалася у  $9,00 \pm 7,99$  % хворих. Помірний і високий рівні тривожності були виявлені в  $45,50 \pm 5,36$  % в обох випадках. Звертає на себе увагу превалювання поширеності високих показників реактивної тривоги у хворих з краніовертебральною патологією. Цей результат збігається з встановленими раніше даними, що дуже висока реактивна тривожність спричиняє порушення уваги і тонкої координації [11—13]. Високу особистісну тривогу у пацієнтів слід розцінювати як один з чинників схильності до хвороби.

У третій групі хворих з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора реактивна тривожність виявлялася тільки з низьким показником в  $60,00 \pm 5,19$  % випадків і з помірним рівнем тривожності — в  $40,00 \pm 3,37$  % випадків. Хворих з показником високого рівня тривожності не було. У той час як у структурі особистісної тривоги більша частина пацієнтів —  $66,70 \pm 4,87$  % виявляли високий рівень тривожності і в  $33,30 \pm 6,59$  % випадків спостерігалася помірна тривожність. Хворих з низькою особистісною тривоگو в даній групі не було зареєстровано. Виявлені в процесі дослідження високі показники особистісної тривоги в усіх пацієнтів з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора і помірною реактивною тривожністю у більшості хворих слід розглядати як наявність предрисуючого ґрунту для «запуску» психосоматичних механізмів, оскільки корелюють з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями [11—13].

Четверта група — пацієнти з психогенним запамороченням — за показниками реактивної тривожності поділилися на дві рівні частини — у них були виявлені низький та помірний рівні тривожності в  $50,00 \pm 6,89$  % випадків. Хворих з показником високого рівня реактивної тривожності в даній групі не було зареєстровано. Але слід звернути увагу на домінування високого рівня особистісної тривоги серед пацієнтів з психогенним запамороченням — в  $66,70 \pm 4,85$  % випадків; у  $33,30 \pm 6,67$  % хворих спостерігалася помірна тривожність і не було хворих з низькою особистісною тривоگو. Наявність високого рівня особистісної тривоги і психогенна природа запаморочення у цих хворих відповідають традиційним уявленням про патогенетичні механізми психосоматичних розладів, які проявляються в тому числі запамороченням.

В цілому, отримані результати дослідження свідчать про те, що симптом запаморочення частіше спостерігається у жінок; існує великий віковий діапазон прояву симптому запаморочення (від 18 до 85 років); для хворих із запамороченням характерна підвищена тривожність як ситуативного характеру, так і в структурі особистості.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

Високі показники реактивної та особистісної тривожності у пацієнтів з запамороченням є патогенетично

значущими параметрами в зниженні загальної толерантності організму і в опосередкованому формуванні патофізіологічних процесів

Для оптимізації лікувально-діагностичних заходів та моделювання терапевтичного підходу у хворих з запамороченням необхідне проведення психодіагностичного дослідження для виявлення реактивної та особистісної тривожності.

Своєчасна діагностика тривожних станів має практичне значення і розширює можливості комплексної терапії з реалізацією анкіолітичного ефекту у хворих з запамороченням.

#### Список літератури

1. Корнилова Л. Н. Компьютерный метод объективизации головокружения и дифференциальная диагностика вестибулопатий / [Л. Н. Корнилова, Г. А. Екимовский, Е. В. Хабарова и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2015. — Т. 115. — № 3. — С. 54—60.
2. Бронштейн А. Головокружение / А. Бронштейн, Т. Лемперт. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 216.
3. Leigh R. J. Neurology of eye movements / R. J. Leigh, D. Zee. — N.-Y.: Oxford university press, 1999. — 3<sup>rd</sup> Edition. — P. 645.
4. Филатова Е. Г. Диагностика и лечение психогенного головокружения / Е. Г. Филатова // Лечащий Врач. — 2009. — № 5. — С. 5—9.
5. Корабельникова Е. А. Клинико-патогенетические и терапевтические аспекты тревожных расстройств / Е. А. Корабельникова, А. М. Будик // Там же. — 2009. — № 9. — С. 36—42.
6. Гордеев С. А. Нарушение процессов направленного внимания и кратковременной памяти у больных вегетативной дистонией с выраженными тревожными расстройствами / С. А. Гордеев, С. Б. Шварков // Міжнародний неврологічний журнал. — 2008. — № 6 (22). — С. 63—67.
7. Веньовцева Н. Ю. Адаптаційний ресурс як провідний показник вибору стратегій та оцінки ефективності медико-психологічного супроводу підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи на етапі стаціонарного лікування / Н. Ю. Веньовцева // Український вісник психоневрології. — 2014. — Т. 22, вип. 4 (81). — С. 63—66.
8. Будик А. М. Тревога как клинико-психофизиологический феномен / А. М. Будик, Е. А. Корабельникова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 4. — С. 73—75.
9. Sotres-Bayon F. Emotional Perseveration: An Update on Prefrontal-Amygdala / F. Sotres-Bayon, D. E. A. Bush, J. E. LeDoux // Learning Memory. — 2004. — № 11. — P. 525—535.
10. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. — СПб.; Москва; Харьков; Минск, 2000. — 519 с.
11. Батаршев А. В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности / А. В. Батаршев : практическое руководство по психологической диагностике. — СПб.: Речь, 2005. — С. 44—49.
12. Диагностика эмоционально-нравственного развития / ред. и сост. И. Б. Дерманова. — СПб.: Речь, 2002. — С. 124—126.
13. Габдреева Г. Ш. Практикум по психологии состояния : учебное пособие / Г. Ш. Габдреева, А. О. Прохоров ; под ред. проф. О. А. Прохорова. — СПб.: Речь, 2004. — С. 121—122.

Надійшла до редакції 14.12.2015 р.

**ФЕДОРЧЕНКО Світлана Валеріївна**, аспірант кафедри невропатології та нейрохірургії Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, e-mail: sveta\_mozgovaya8@mail.ru

**FEDORCHENKO Svitlana**, Postgraduate student of Neuropathology and Neurosurgery Department of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; e-mail: sveta\_mozgovaya8@mail.ru