



Д. Ю. Хан

УДК: 159.964.2:615.851

© Хан Дмитро Юрійович (Україна) – практичний психолог Центру дитячої та юнацької творчості, вул. Лесі Українки, 60, м. Кам'янець-Подільський, Хмельницька область, 32300; e-mail: khandmitry564@gmail.com.

© Dmitry Khan (Ukraine) – Practical Psychologist of Kamyanets-Podilsky Children and Youth Creativity Center, 60, Lesya Ukrainka street, Kamyanets-Podilsky, Khmelnytskyi Region, 32300; e-mail: khandmitry564@gmail.com.

© Хан Дмитрий Юрьевич (Украина) – практический психолог Центра детского и юношеского творчества, ул. Лесы Украинки, 60, г. Каменец-Подольский, Хмельницкая область, 32300; e-mail: khandmitry564@gmail.com.

Том 4, № 8, 2017, стор. 109–111

## ПСИХОГЕННИЙ ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЙНИЙ СИНДРОМ

### ПСИХОГЕННЫЙ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ

### PSYCHOGENIC HYPERVENTILATION SYNDROME

**Анотація.** В статті приведено опис психогенного гіпервентиляційного синдрому у молодого чоловіка двадцяти п'яти років з невротическим прошлым, которое представлено кардіофобією, паніческими атаками, обсеіями. На момент звернення клієнт жалювался на неможливість реалізувати повний глибокий вдих, тогдa як поверхнюне дихання оставалось інтактним; постійні спроби реалізувати повноценний вдих приводили к гіпервентиляції, а передчуття неупади при глибоком вдихе становилось одним из факторів, підтримуючих симптом. На психогенне походження гіпервентиляції указує наявність травматическої ситуації, а також відсутність патології при соматическом огляді. Патогенним фактором в розвитку гіпервентиляції була не тільки травматическа ситуація, но и когнітивні установки суб'єкта, которые не давали можливості справитися з психотравмою. Поступенна нейтралізація патогенних когнітивних установок позволила уллучити стан клієнта, а со временем повністю усунути симптом.

**Ключеві слова:** гіпервентиляційний синдром, диссоціація, конверсія, психотравма, обсеісія, фобія.

**Summary.** The article describes the psychogenic hyperventilation syndrome of a 25 years old male with a "neurotic past" in the form of cardiophobia, panic attacks, obsessions. The client appealed complaining of the impossibility of implementing a complete deep breath while superficial breathing remained intact, client's constant attempts to realize a full-fledged breath caused the hyperventilation, and the premonition of failure at deep breathing became one of the cognitive factors supporting the symptom. The psychogenic nature of hyperventilation indicates the presence of a traumatic situation, and the absence of pathology in the somatic examination. The pathogenic factor in the development of hyperventilation was not only the traumatic situation, but cognitive settings of the subject, which did not provide the opportunity to cope with the traumatic. By gradually neutralizing pathogenic cognitive intension, it was possible to relieve the condition of the client, and subsequently completely eliminate the symptom.

**Key words:** hyperventilation syndrome, dissociation, conversion, psychotrauma obsession, phobia.

Теоретична актуальність цієї статті полягає в тому, що психогенна гіпервентиляція майже не представлена у літературі як стійкий функціональний розлад, а розглядається лише як симптом панічної атаки, який має приступоподібний характер. Представлений випадок ілюструє класичний зв'язок симптому з травматичною ситуацією, а також висвітлює роль когнітивних інтенцій у виникненні та підтриманні симптому; він виступає клінічним доказом фізіологічних досліджень, які відзначають зв'язок панічного розладу з гіпервентиляцією як дисоціативним симптомом.

Клієнт С., хлопець без тяжкої генетики, розвивався без затримок, комунікабельний. Перший розлад невротичного реєстра з'явився в пубертаті у вигляді кардіофобії, згодом до неї приєдналися панічні атаки. Спонтанні ремісії цього стану змінювались повторним поверненням до фобії, у різні періоди спостерігались обсеісії, іпохондрична готовність.

На момент звернення клієнт скаржився на неможливість реалізувати повний глибокий вдих, тоді як поверхнюне дихання залишалось інтактним. Інколи під час фізичних вправ з'являлись оніміння в руках. Постій-

ні спроби клієнта реалізувати повноцінний вдих призводили до гіпервентиляції. У подальшому передчуття невдачі при глибокому вдиху ставало одним із когнітивних факторів, які підтримували симптом.

Соматичний огляд С. патології не виявив, появі симптому передувала травмуюча ситуація (ТС), пов'язана з розривом стосунків із дівчиною, а також наявність в анамнезі психічних розладів. З огляду на сукупність цих факторів стан С. було класифіковано як гіпервентиляційний синдром психогенного походження (ГВС) – F45.3 за МКБ–10 [1].

Пояснити локалізацію симптому *Locus Minoris Resistentiae* (місцем найменшого супротиву) не можна через відсутність будь-яких патологій, хронічних захворювань серцево-судинної, дихальної системи. Існують дослідження, в яких доведено, що гіперопіка батьків формує предрисповицію для гіпервентиляції [2], це також підтверджується цим клінічним випадком. Як стверджував Ф. Александер, на соматизацію найбільше впливає несвідомий емоційний конфлікт [3], у нашому випадку це конфлікт між потребою проявити емоції і заборорою переживати емоції, пов'язані з ТС.

#### ■ Патолофізіологія ГВС

Б. Керн, описуючи патолофізіологію ГВС, вказує на те, що нормальний об'єм дихання складає приблизно 500 мл на вдих, або 7 мл/кг маси тіла. Грудна стінка пручається гіперінфляції легень за цей рівень, а об'єм вдиху за цим рівнем суб'єктивно переживається як задишка [4]. І. Дальба пише, що перебільшена респіраторна реакція спостерігалась під дією емоційного дисстресу, а також лактату натрію, кофеїну, ізопротенолу, холецистокініну, вуглекислого газу. Настій лактату викликав панічну атаку у 80% пацієнтів, схильних до неї, і лише у 10% з контрольної групи, тоді як гостра гіпервентиляція спостерігалась приблизно тільки у 50% реагуючих.

Також було встановлено, що у пацієнтів із панічними розладами відносно більший рівень лактату. Таким чином було зроблене припущення, що аномалія в метаболізмі лактату розуміється як одна з причин гіпервентиляції. Клієнти з високим рівнем вуглекислого газу, які панікували, мали значно більшу початкову дихальну мінливість, яка також спостерігається у пацієнтів з ГВС, що вказує на зв'язок між цими двома розладами [5].

#### ■ Психодинамічна інтерпретація

Розрив С. сприйняв холоднокровно, не було притаманних йому сильних емоцій, які зазвичай мали місце в подібних ситуаціях. Ще під час стосунків зі своєю дівчиною клієнт сформував «принципи», які мали зробити його сильнішим як особистість і більш привабливим обранці, а після припинення стосунків давали надію на її повернення. Беземоційність, яку породжували ці принципи, не давала клієнту змоги нормально пережити розрив. Через кілька днів (до трьох) після розставання з'явилась «обструкція дихання». У цьому випадку відстрочену появу симптому можна пояснити тим, що хлопець спочатку не вірив в остаточне припинення стосунків. Однак, коли це стало очевидним, потрібно було репресувати в собі велику кількість емоцій, що було інтерпретовано як основна причина гіпервентиляції. Згодом С. пересвідчився у правильності цієї інтерпретації. Коли йому вдавалось відчувати, хай не надовго, сум за стосунками, ставав можливим «вдих на повні груди».

Варто звернути увагу на те, що після повторного соматичного огляду, який нічого не виявив, була спроба пояснити свій симптом соматичною патологією. Власне, інтерпретацію гіпервентиляція мала отримати кардіологічну, що повертало С. до кардіофобії, яка мала місце раніше. Відбулось це у період вимушеної перерви у сеттінгу тривалістю в сім днів. Раціоналізація дисоціативного симптому суб'єктом могла призвести до консолідації, а в окремих випадках не виключено навіть формування фобії. Неспецифічна фіксація на симптомі, тенденція пояснити його через соматичну патологію була усунена психологом, що разом з нейтралізацією патогенних установок дозволило повністю зняти гіпервентиляцію в клієнта.

Наведений у статті функціональний розлад разом з фізіологічними дослідженнями дозволяє припустити, що панічні атаки в анамнезі можуть слугувати предиктором для розвитку дисоціативної гіпервентиляції в майбутньому. Описаний випадок в основному підтверджує психодинамічне розуміння етіології дисоціативних розладів, адже має досить прозорий зв'язок з травматичною ситуацією. Окрім цього, цей епізод ілюструє патогенну роль когнітивних установок та їхню роль у виникненні та підтриманні симптому.

## Література

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10-й пересмотр. – Женева ; Москва : Всемирная организация здравоохранения : Медицина, 1995. – Т. 1. – 691 с.
2. Shu B. C. Parental attachment, premorbid personality, and mental health in young males with hyperventilation syndrome / B. C. Shu, Y. Y. Chang, F. Y. Lee et al. // *Psychiatry Research*. – 2007. – Vol. 153(2). – P. 163–70.
3. Александр Ф. Психосоматическая медицина:

принципы и применение / Ф. Александр. – М. : Ин-т общегуманитарных исследований, 2014. – 319 с.

4. Brian K. Hyperventilation Syndrome [Electronic resource] / K. Brian ; chief editor P. B. Ryland // *Medscape*. – 2016. – Way of access : <http://emedicine.medscape.com/article/807277-overview#a3>.

5. D’Alba I. Hyperventilation syndrome in adolescents with and without asthma. *Pediatr Pulmonol* / I. D’Alba, I. Carloni, A. L. Ferrante et al. // *Pediatric Pulmonology*. – 2015. – Vol. 50(12) . – P. 1184–1190.

## References

1. Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya bolezney i problem, svyazannykh so zdorov'em: 10-y peresmotr [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th revision]. Geneva, Moscow, World Health Organization, Medicine Publ., 1995, vol. 1, 691 p. (In Russ.)
2. Shu B. C., Chang Y. Y., Lee F. Y. [et al.] Parental attachment, premorbid personality, and mental health in young males with hyperventilation syndrome. *Psychiatry Research*. 2007, vol. 153(2), pp. 163-70.
3. Aleksander F. Psikhosomaticheskaya meditsi-

na: printsipy i primeneniye [Psychosomatic medicine: principles and application]. Moscow, Publ. house of Institute of General Humanitarian Research, 2014, 319 p. (In Russ.)

4. Brian K. Hyperventilation Syndrome [chief editor P. B. Ryland]. *Medscape*. 2016. Available at : <http://emedicine.medscape.com/article/807277-overview#a3>.

5. D’Alba I., Carloni I., Ferrante A. L. [et al.] Hyperventilation syndrome in adolescents with and without asthma. *Pediatr Pulmonol. Pediatric Pulmonology*, 2015, vol. 50 (12), pp. 1184-1190.