

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕВРАСТЕНИЕЙ

Канд. мед. наук. И. В. ДРОЗДОВА

PERSONALITY FEATURES IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND NEURASTHENIA

I. V. DROZDOVA

Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова, Ялта, Украина

Выявлена распространенность неврастении среди больных артериальной гипертензией. Определены основные личностные и характерологические особенности больных, типы отношения к болезни, корреляционные взаимосвязи личностных характеристик. Показана необходимость разработки реабилитационных программ с учетом психологических особенностей больных артериальной гипертензией с неврастенией.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, неврастения, психологические особенности.

Neurasthenia prevalence in patients with arterial hypertension was revealed. Main personality and character features in the patients, the types of their attitude to the disease, correlation of personality features were determined. The necessity of working out rehabilitation programs with the consideration of psychological features of the patients with arterial hypertension accompanied by neurasthenia is shown.

Key words: arterial hypertension, neurasthenia, psychological features.

Интегративная значимость эмоционального состояния в формировании поведения человека из-

вестна давно, но конкретно представить себе все взаимосвязи между психологическими детерминантами и физиологическими коррелятами эмоций достаточно сложно [1]. Существует значительное количество работ, в которых описана взаимосвязь артериальной гипертензии (АГ) с эмоциональными состояниями, возникающими в процессе взаимодействия человека с внешним миром [2], доказана связь систолического артериального давления с повышением нервно-психических нагрузок [3], с уровнем ипохондрии и депрессии [4]. Показано, что под влиянием эмоционального напряжения происходит реорганизация системного механизма церебральной регуляции кровообращения, направленность и глубина которой зависят от конституционально-генетических факторов, психологического типа личности, подвижности вегетативной и симпат-адреналовой систем, гормонального обеспечения [5].

Вслед за работами F. Alexander [6], который связал возникновение АГ с желанием открыто выразить враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптивном поведении, появилось большое число исследований, посвященных изучению структуры личности больных АГ [7]. К настоящему времени особенности их личности уже достаточно хорошо изучены, определено интерперсональное напряжение, существующее между агрессивными импульсами с одной стороны и чувством зависимости — с другой [1, 7, 8].

Социальное поведение больных АГ описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех, пассивное и характеризующееся сдерживанием положительных и отрицательных аффектов [1, 9]. По мнению ряда авторов, эти больные амбициозны, постоянно конфликтуют с начальством, для них характерны сформированные в детстве интрапсихические конфликты между агрессивностью и чувством вины, между независимостью и стремлением найти защиту [1, 7–9].

Во многих работах «ранних» психосоматиков подчеркивалось, что основные личностные черты больных АГ (скрытость, упрямство, неудовлетворенность собой и окружением, враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения) приводят к постоянной внутренней напряженности и тревоге [1, 6, 7]. Однако в дальнейших исследованиях отмечались и неуверенность, и личностная несостоятельность, и чувствительность к критике, и тенденция к интенсивной реакции на психологический стрессор в форме депрессии [10]. Указывалось, что больные производят впечатление вежливых, уравновешенных, уживчивых, но вместе с тем у них проявляются очень сильные, глубоко подавленные агрессивные тенденции. Эти люди очень часто испытывают сильные эмоции злости, гнева, претензии, обиды, неприязни и зависти, однако, страшась этих чувств, старательно их

сдерживают, благодаря чему производят впечатлительные милых и дружелюбных. У больных выявлены черты интравертированности, эмоциональной лабильности и истероидности, нарушение адаптации к стрессовым ситуациям, возникающим при смене жизненных стереотипов и показано, что именно их особенности определяют преимущественные формы эмоционального реагирования [1, 2, 7, 8].

Целью нашей работы было изучение личностных особенностей больных АГ, сочетающейся с неврастенией.

Открытое контролируемое исследование, проведенное на базе Крымского республиканского НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова после получения информированного согласия пациентов, охватывало 355 больных эссенциальной АГ 1–2-й стадии. Больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 165 больных АГ 1-й стадии (АГ I ст.) — 65 мужчин и 100 женщин в возрасте $46,8 \pm 0,7$ лет. Сердечная недостаточность I стадии была выявлена у 155 из этих больных. Вторую группу составили 190 больных АГ 2-й стадии (АГ II ст.) — 80 мужчин и 110 женщин в возрасте $52,4 \pm 0,5$ лет. Сердечная недостаточность I стадии выявлена у 188 из них. Дизайн исследования: критерии включения — наличие стабильной АГ I и II ст., возраст 30–60 лет; критерии исключения — клинически весомая сопутствующая патология или ассоциированные состояния. Среди обследованных неврастения была диагностирована у 37,3% больных АГ I ст. и у 39,3% больных АГ II ст.

Основным методом выявления психических и поведенческих расстройств был психопатологический. Диагностика базировалась на принципе соответствия психопатологических расстройств — критериях объективности, репрезентативности и верифицированности, на субстратном и структурном анализе, диахронической структуре психических расстройств.

Личностные особенности больных АГ изучали при помощи Миннесотского многостороннего личностного теста (ММРІ) [11], характерологические особенности — при помощи методики многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (16 PF — опросник) [12]. Для определения типа реагирования больных на болезнь применяли «Методику для психологической диагностики типов отношения к болезни» (ТОБ) [13].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием локальной автоматизированной системы VerMed, которая является обновленной версией системы Drozd [14]. Личностные показатели определяли в виде $M \pm m$ и проверяли вероятность различий с использованием t -критерия Стьюдента [15]. С целью выявления факторов, влияющих на личностные показатели, применяли корреляционный анализ. Определяли ранговый коэффициент корреляции Спирмена, который является эффективным при

оценке стохастических связей как для количественных, так и для качественных признаков. Проверку значимости найденных коэффициентов корреляции проводили с использованием t -теста [15]. Конфигурация профиля по тесту ММРІ на шкалах L, F, K свидетельствует об открытости больных АГ с неврастенией в раскрытии своего характера и проблем. Они стараются представить себя в возможно более выгодном свете, демонстрируя строгое соблюдение социальных норм, вместе с тем им свойственна внутренняя напряженность и недовольство ситуацией. Больные АГ с неврастенией осознают свои трудности, но склонны к преувеличению степени межличностных конфликтов и личностной неадекватности, что делает их легко уязвимыми. Для них характерно стремление подчеркнуть тяжесть симптомов заболевания и жизненных трудностей, они ждут сочувствия от окружающих.

Усредненный профиль личности больных, как видно из рис. 1, имеет пикообразный характер с повышением на шкалах Hs, Hy, Pa, Ma и снижением на шкалах D, Mt, Pt, Si.

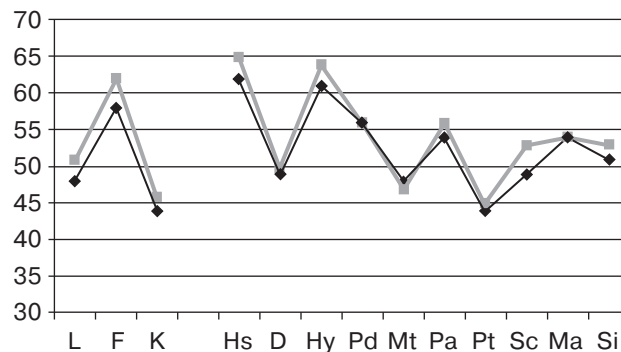


Рис. 1. Личностные особенности больных АГ с неврастенией:

◆ АГ I ст.; ■ АГ II ст.

То же на рис. 2.

Невротические реакции этих больных связаны с недостаточностью физических и психических ресурсов для удовлетворения актуальных потребностей. Тревогу, отражающую выраженность ипохондрической тенденции, они относят за счет состояния своего здоровья. Тревога у них соматизируется, обретает конкретность, создается система ее интерпретации, и ощущение угрозы переносится с межличностных отношений на неприятные физические ощущения в собственном организме.

Исходно повышенное внимание к себе у больных АГ с неврастенией сочетается с недостаточной способностью контролировать свои эмоции. Они предъявляют большое количество жалоб, озабочены своим физическим состоянием, проявляют пессимизм и отсутствие уверенности в успехе, особенно в отношении медицинской помощи. Собственное соматическое состояние у таких лиц

становится объектом тщательного изучения. Их соматические жалобы сопровождаются различными сенестопатическими ощущениями, усиливающимися при увеличении пессимизма, и используются больными как средство разрешения конфликтных ситуаций и снижения напряженности, как способ избежать ответственности или уменьшить ее, как средство давления на окружающих; характерно устранение тревоги за счет соматизации и вытеснение ее формированием демонстративного поведения. Жизненные затруднения, неспособность оправдывать ожидания окружающих, несоответствие собственному уровню притязаний больные АГ с неврастенией объясняют с социально приемлемой и кажущейся им рациональной точки зрения.

Длительно неугасающим отрицательным эмоциям больные АГ с неврастенией находят удовлетворяющие их объяснения. Аффект кажется им обоснованным и хорошо контролируемым, а поведенческая стратегия — четко определенной, что обеспечивает ощущение адекватности эмоций и позволяет сохранить приемлемое представление о собственной личности. Однако в действительности поступки больных являются ответом на действия окружающих, воспринимаемые аффективно, и на основе этого аффекта осуществляется построение ригидных, трудно корригируемых или некорригируемых установок и концепций.

Неотреагированный ригидный аффект у больных АГ с неврастенией связан с эгоистическими побуждениями и идеаторной переработкой информации, что приводит к возникновению «застревающей» враждебности и злопамятности. Больные озабочены своим престижем и отличаются повышенной чувствительностью по отношению к действительным или мнимым несправедливостям, они упрямы, агрессивны.

Беспокойство о состоянии физического здоровья у больных АГ с неврастенией развивается на базе аффективной ригидности, число неприятных физических ощущений у них может быть относительно невелико, но их значимость и влияние на

поведение весьма высоки. При этом для них характерно не неопределенное беспокойство о состоянии своего здоровья, а хорошо разработанная концепция заболевания. Агрессивность и эгоцентризм таких больных затрудняют правильную ориентацию в ближайшем окружении, и часто для давления на окружающих они используют немногочисленные, но упорные соматические жалобы.

Больные АГ с неврастенией общительны, активны, непринужденны в общении, эффективны в деятельности, требующей широких контактов, переключения внимания, но в то же время ситуации, связанные с монотонной, требующей тщательности, кропотливости, длительной фиксации внимания, для них являются стрессогенными.

Таким образом, для больных АГ с неврастенией характерны повышенное внимание к своему здоровью (повышение на шкале Hs); стремление производить впечатление на окружающих (понижение на шкале D); лабильность и неустойчивость эмоционального состояния (повышение на шкале Hu); аффективная ригидность; склонность к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях (повышение на шкале Pa); стремление к преодолению препятствий; доминирование и склонность к соперничеству в межличностных отношениях у мужчин, мягкость, сердечность, пассивность и сдержанность поведения у женщин (снижение на шкале Mt); отсутствие осторожности и осмотрительности в поступках, особой щепетильности в вопросах морали; неконформность и эгоцентризм (понижение на шкале Pt); оптимистичность, активная жизненная позиция; высокая самооценка; эмоциональная незрелость; стенический тип реагирования (повышение на шкале Ma); достаточный уровень общительности (понижение на шкале Si).

Самыми высокими у больных АГ с неврастенией были показатели +Q3, +G, +A, +M и самым низким — Q1 (рис. 2).

Из характерологических особенностей больных АГ с неврастенией оказались свойственными дисциплинированность, точность в выполнении

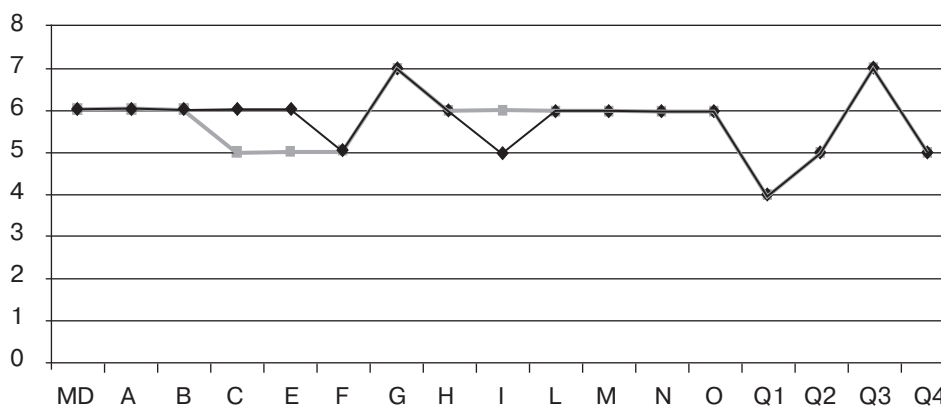


Рис. 2. Характерологические особенности больных АГ с неврастенией

социальных требований; хороший контроль за своими эмоциями; забота о своей общественной репутации (+Q3); осознанное соблюдение норм и правил поведения; настойчивость в достижении цели; ответственность, деловая направленность (+G); общительность, добродушие, открытость и добросердечность, естественность и непринужденность в поведении; внимательность, доброта, мягкосердечность в отношениях; активность в устранении конфликтов; доверчивость; переживание ярких эмоций и живой отклик на любые события (+A); достаточно развитое воображение; ориентировка как на внутренний мир, так и на внешнюю реальность; нормальный творческий потенциал (+M); консерватизм, устойчивость по отношению к традиционным трудностям; сомнения относительно новых идей; склонность к морализации и нравочуждениям (-Q1).

Ведущими характерологическими особенностями больных АГ с неврастением являются: высокий самоконтроль, достаточная нормативность поведения, общительность, развитое воображение, консерватизм.

Изучение ТОБ у больных АГ с неврастением показало, что чистые ТОБ определяются у 45,5 и 22,0%, при АГ I ст. и АГ II ст. соответственно, смешанные ТОБ — у 52,5 и 70,7%; не сложился ТОБ — в 2,0 и 7,3% случаев. При этом в структуре чистых ТОБ наиболее распространенными являются сенситивный, неврастенический и гармоничный типы. В структуре смешанных ТОБ встречаются неврастенически-эйфорически-паранойяльный, эйфорически-эргопатический, сенситивно-эйфорически-эргопатический, обсессивно-фобически-сенситивно-эргопатический, сенситивно-паранойяльный, неврастенически-анозогнозически-паранойяльный, сенситивно-эйфорически-анозогнозический, тревожно-неврастенически-сенситивно-анозогнозически-паранойяльный и другие.

В структуре всех диагностированных ТОБ у больных АГ с неврастением чаще всего определяются неврастенический, сенситивный, эргопатический, паранойяльный и эйфорический типы, а ипохондрический ТОБ не диагностируется вообще.

Таким образом, среди больных АГ с неврастением чаще всего встречаются смешанные ТОБ, а среди них — неврастенический, сенситивный, эргопатический, паранойяльный и эйфорический.

Изучение корреляционных взаимосвязей личностных и характерологических особенностей в сопоставлении с ТОБ у больных АГ с неврастением позволило установить, что достоверно при повышении уровней ипохондрии, истерии, паранойи, гипомании возрастает частота обсессивно-фобического и уменьшается частота эйфорического и анозог-

нозического ТОБ, увеличиваются эмоциональная неустойчивость и чувствительность, снижается интеллект; и наоборот — при снижении уровней депрессии, психастении, интраверсии уменьшается частота обсессивно-фобического и эгоцентрического, возрастают частота эйфорического, анозогнозического, гармоничного и эйфорического ТОБ, эмоциональная устойчивость и дипломатичность, смелость, радикализм и снижается жестокость больных.

Дисгармоничность, акцентуированность личностных характеристик больных АГ отмечают большинство авторов [1–3, 7, 8]. У них были выявлены выраженное упрямство, скрытность, неудовлетворенность собой и окружающими, враждебная настроенность к окружающим с одновременным проявлением агрессивных тенденций поведения. Наряду с этими чертами больным оказались свойственны повышенная чувствительность к критике, нарушение внутреннего равновесия, напряженность и тревога, неуверенность в себе. У них отмечены: интравертированность и амбивалентность, сдержанность, расчетливость, склонность к самоанализу, строгий контроль над эмоциями и чувствами, пессимизм и скрытая агрессивность.

В патогенезе АГ значительную роль играют различные по характеру особенности структуры личности, способствующие нарушению возможностей психологической защиты, пролонгированию эмоциональных реакций и нарушению адаптации. Сочетание этого неспецифического личностного синдрома с длительно действующими факторами профессионального, бытового, социального планов создает состояние застойного эмоционального напряжения, реализующееся при наличии биологической предрасположенности повышением артериального давления [1, 2, 5, 7].

В качестве преморбидных особенностей личности, предрасполагающих к развитию АГ, по мнению авторов этих же работ, фигурируют обычно выраженная аффективная неустойчивость (нередко на фоне длительной психотравмирующей ситуации), тревожность, мнительность, повышенная впечатлительность и возбудимость, ригидность в изживании неприятных впечатлений и ограниченная способность к переживанию положительных эмоций (склонность к пессимизму, фобиям и спастическим явлениям, замкнутость, настороженность и подозрительность по отношению к окружающим).

Таким образом, наличие психологических, патопсихологических и психопатологических факторов, наслаивающихся на АГ по мере ее прогрессирования, требуют коррекции как психотерапевтических, так и психофармакологических подходов к реабилитации больных.

Литература

1. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина.— М.: МЕДпресс-информ.— 2002.— 608 с.
2. Соколов Е. И., Белова Е. В. Эмоции и патология сердца.— М.: Медицина.— 1983.— 309 с.
3. Немцин Т. А. Состояние нервно-психического напряжения.— Л.: Изд-во Моск. ун-та.— 1987.— 167 с.
4. Мацуга О. М., Дроздова І. В. Технологія оцінки впливу психологічних особливостей хворих на артеріальну гіпертензію на рівень артеріального тиску // Укр. журн. мед. техніки і технології.— 2006.— № 4.— С. 46–69.
5. Анохин П. К. Эмоциональные напряжения как предпосылка к развитию неврогенных заболеваний сердечно-сосудистой системы // Вестн. АМН СССР.— 1967.— № 6.— С. 10–18.
6. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение: Пер. с англ.— М.: Перрлс.— 2000.— 296 с.
7. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства.— М.: Медицина.— 1986.— 384 с.
8. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности.— М.: Медицина.— 1997.— 480 с.
9. Урванцев Л. П. Психология в соматической клинике: Уч. пособие.— Ярославль: Яросл. гос. ун-т.— 1998.— 160 с.
10. Coronary artery disease and depression / M. Zellweger, R. Osterwolder, W. Langewitz, M. Pfisterer // Eur. Heart. J.— 2004.— Vol. 25.— № 1.— P. 3–9.
11. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многопрофильного исследования личности в клинической медицине и психогигиене.— М.— 1976.— 176 с.
12. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности.— СПб.: Питер.— 2005.— 509 с.
13. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.— Л.: Медицина.— 1983.
14. Мацуга О. М. Практична реалізація системи Drozd у системі медичного моніторингу // Акт. пробл. автомат. та інформ. технол.— 2004.— Т. 9.— С. 22–33.
15. Статистична обробка / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка.— К.: МІВВЦ.— 2001.— 388 с.

Поступила 06.08.2007