

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

И.В. ДРОЗДОВА

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

Показано, что невротические аффективные и личностные расстройства у больных артериальной гипертензией развиваются при наличии у них акцентуаций характера, причем клиническая форма психопатологии зависит от типа акцентуации.

Изменения деятельности сердечно-сосудистой системы играют, как известно, важную роль в приспособительной деятельности организма при эмоциональных воздействиях. Патология сердца и сосудов привлекает особое внимание исследователей не только потому, что является наиболее частой причиной смерти, но и потому, что представляет собой самый тонкий эффекторный орган, тесно связанный с регуляторными механизмами коры и подкорковых образований [1, 2].

Для невротических расстройств и некоторых других психических состояний при артериальной гипертензии характерно рассогласование двух отделов ЦНС, выявляемое вне условий сильных эмоциональных переживаний или стресса. У здоровых людей поведенческие реакции сопровождаются координированными соматовегетативными реакциями, тонко адаптированными к психологическим процессам. Наиболее реактивной оказывается сердечно-сосудистая система, состояние которой поэтому является самым надежным показателем, отражающим психическое состояние у людей. Одним из проявлений ее реакций является изменение артериального давления.

В настоящее время считается общепризнанным, что основной причиной артериальной гипертензии являются стрессы, часто повторяющееся эмоциональное напряжение. Высокая гипертензия развивается в результате создания генерализованной активации мозга с генерализацией возбуждения и нарастанием тонических влияний на сосудосуживающие отделы сосудодвигательного центра с включением симпатических и гормональных влияний на сердечно-сосудистую систему.

Для реакции больных артериальной гипертензией на эмоциональный стресс характерна генерализация центрального возбуждения, которая, в свою очередь, влечет за собой включение большого круга эмоциональных систем ответа (гемодинамических, метаболических, гемостатических и др.) [3]. Что касается личностной реакции больных на факт своего заболевания то, по мнению одних авторов, отклонения психологических показателей у них по сравнению со здоровыми лицами могут рассматриваться только как следствие заболевания [4]. Однако согласно другому мнению, напротив, свойства личности являются одним из этиологических факторов в развитии сердечно-сосудистой патологии. Этот подход получил наиболее яркое выражение в работах В.Д. Менделевича, С.Л. Соловьева [5], В.В. Кришталя, С.Р. Григоряна [6], J. Hudson,

Y. Pore [7]. Согласно мнению современных исследователей решение вопроса о роли психологических факторов в возникновении и развитии заболевания возможно только при оценке преморбидных особенностей личности, предрасполагающих к сердечно-сосудистой патологии, и вторичных изменений в психической сфере, формирующихся на фоне заболевания, с учетом их взаимодействия с гемодинамическими параметрами [8, 9].

В целом, несмотря на большой интерес к вопросам патогенеза психосоматических заболеваний и к особенностям личности больных гипертонической болезнью, однозначного ответа на них пока не существует. Многочисленные психологические исследования личности больных с артериальной гипертензией выявили наличие у них полиморфных нарушений, имеющих определенную взаимосвязь с формой заболевания и степенью его выраженности. Однако остаются малоизученными структура и динамика психопатологических синдромов, механизмы их формирования при различных нозологических формах, характер взаимосвязи нарушений высших психических функций и эмоционально-личностной сферы.

Учитывая состояние рассматриваемой проблемы, мы поставили перед собой задачу исследовать структуру невротических и личностных расстройств у больных артериальной гипертензией и их связь с преморбидными особенностями личности (акцентуациями характера).

Под нашим наблюдением находились 153 пациента — 55 мужчин и 98 женщин в возрасте от 35 до 55 лет. Артериальная гипертензия I степени была диагностирована у 74 больных, составивших первую группу, гипертензия II степени — у 79 человек, вошедших во вторую группу. У всех этих пациентов были выявлены те или иные невротические расстройства или расстройства личности. В качестве контрольной группы были обследованы 46 человек, также страдающих артериальной гипертензией I и II степени, у которых не было отмечено каких-либо психопатологических проявлений.

При обследовании у всех больных основной группы были выявлены акцентуации характера, типы и частота которых представлены в табл. 1.

Как видим, наиболее часто у мужчин основной группы отмечались эмотивный, тревожный и демонстративный типы акцентуации характера, у женщин — чаще всего эмотивный тип. Реже наблюдалась педантическая акцентуация.

В контрольной группе явные акцентуации характера не были выявлены ни у кого из обследованных.

У всех мужчин и женщин основной группы, как указывалось выше, имели место психопатологические проявления, показанные в табл. 2.

Из данных таблицы следует, что у мужчин обеих основных групп наиболее частыми психопатологическими проявлениями были неврастения и ипохондрия, у женщин — неврастения. Расстройство личности, в основном тревожно-депрессивное, как и дистимия, встречалось значительно реже, но у части женщин, главным образом первой группы, можно было отметить наличие легкого депрессивного эпизода.

Дистимический тип акцентуации характера обычно способствует формированию аффективного расстройства в форме дистимии, тревожный тип акцентуации может приводить к развитию тревожно-уклоняющегося или тревожно-депрессивного расстройства личности. Эмотивная акцентуация в большинстве случаев влечет за собой развитие неврастения или легкого депрессивного эпизода, а застревающая (параноическая) — ипохондрии.

При дистимии у больного в течение нескольких лет наблюдается хроническое депрессивное настроение, которое, однако, не достигает степени рекуррентного депрессивного расстройства.

Для тревожно-уклоняющегося расстройства личности характерны ощущения напряженности и тяжелые предчувствия, неуверенность в своей безопасности, в своем положении. Чувствуя себя неполноценным, больной испытывает острую потребность быть принятым другими людьми, он болезненно чувствителен к отвержению и критике. В то же время у него весьма ограниченное количество личных привязанностей и имеется тенденция к избеганию определенных видов деятельности из-за обычного для таких людей преувеличения потенциальной опасности заурядных повседневных ситуаций.

При тревожно-депрессивном расстройстве у больных отмечаются симптомы как тревоги, так и депрессии, выраженные в равной мере, т.е. ни те, ни другие не являются отчетливо доминирующими или выраженными.

В проявлении неврастения существуют два основных типа, имеющих между собой много общего. При первом из них ведущую роль играет повышенная утомляемость при умственной работе, которая может приводить к некоторому снижению профессиональной продуктивности или ухудшению способности справиться с решением повседневных задач. Проявления умственного утомления больные описывают как неприятное вмешательство отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, затруднение сосредоточения и общую неэффективность мышления. Для неврастения второго типа характерны физическая слабость и истощение при малейшем усилии, что сопровождается мышечной болью, а также невозможность расслабиться. Кроме того, при обоих типах у больных наблюдаются такие симптомы, как головокружение, головные боли напряжения и чувство общей неустойчивости. Многие больные испытывают при этом озабоченность своим умственным и соматическим благополучием, раздражительность, ангедонию, нередко (но, как правило, в легкой степени) подавленное настроение и тревогу. Часто нарушается сон, причем иногда наблюдается выраженная гиперсомния.

Основным признаком ипохондрического расстройства является стойкая озабоченность возможностью наличия тяжелого соматического заболевания (или заболеваний) с прогрессирующим течением. Больные при этом предъявляют соматические жалобы или выражают беспокойство по поводу своего состояния, истолковывая вполне нормальные, обычные ощущения и явления как патологические и неприятные и фокусируя внимание на одном-двух органах или системах организма. Они требуют все новых исследований, меняют лечащих врачей, обращаясь к разным

Таблица 1

Акцентуации характера обследованных основной группы

Тип акцентуации	Мужчины, n = 55	Женщины, n = 98
Демонстративный	20±5	13±4
Педантический	5±3	2±2
Эмотивный	33±6	56±5
Застревающий	9±4	7±3
Тревожный	22±6	9±3
Дистимический	11±4	12±3

Примечание. Здесь и в табл. 2 данные в %.

Таблица 2

Невротические, аффективные и личностные расстройства обследованных в зависимости от стадии гипертонической болезни

Невротические расстройства	Группы обследованных			
	первая, n = 74		вторая, n = 79	
	мужчины, n = 23	женщины, n = 51	мужчины, n = 32	женщины, n = 47
Дистимия, n = 18	17±8	8±4	6±4	17±6
Тревожно-уклоняющееся расстройство, n = 4	—	4±3	6±4	—
Тревожно-депрессивное расстройство личности, n = 17	17±8	4±3	19±7	11±4
Неврастения, n = 73	30±10	59±7	34±8	53±7
Ипохондрия, n = 28	35±10	6±3	34±8	13±5
Легкий депрессивный эпизод, n = 13	—	20±6	—	6±4

специалистам и не веря заключениям об отсутствии у них патологии.

При легком депрессивном эпизоде больной испытывает определенный дистресс, но в состоянии продолжать свою обычную деятельность, хотя и теряет к ней интерес и способность получать от нее удовольствие. Сниженное настроение, обычно не свойственное данному индивиду и не зависящее от обстоятельств, имеет место на протяжении большей части суток почти ежедневно, в течение не меньше двух недель. Кроме того, у больных снижается самооценка и уверенность в себе, нередко они испытывают беспричинное и неадекватное чувство вины.

Литература

1. *Смулевич А.Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях.— М.: Мед. информ. агентство, 2003.— 432 с.
2. *Simon R.I.* Silent suicide in the elderly // *But. Am. Acad. Psychiat. Law.*— 1989.— Vol. 17.— P. 83–95.
3. *Вейн А.М., Голубев В., Берзиньш Ю.З.* Паркинсонизм.— Рига, 1981.— 328 с.
4. *Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А.* Нейроциркуляторная дистония (клиника, диагностика, лечение).— Чебоксары, 1995.— 250 с.
5. *Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина.— М.: МЕДпресс-информ, 2002.— 608 с.
6. *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
7. *Hudson J., Pope Y.* Affective spectrum disorders // *Am. J. Psychiatr.*— 1994.— Vol. 147, № 5.— P. 552–564.
8. Депрессии в кардиологии // Депрессии как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний и предиктор коронарной смерти: тактика кардиолога.— М., 2002.
9. *Дроздов Д.В., Новикова И.А.* Некоторые аспекты применения психотропных средств в кардиологии // *Ипохондрия и соматоформные расстройства.*— М., 1992.— С. 136–147.

Поступила 02.09.2005

PSYCHOPATHOLOGICAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

I.V. Drozdova

Summary

Neurotic affective and personality disorders in arterial hypertension patients are shown to develop when character accentuation is present, clinical form of mental pathology depending on the type of the accentuation.