

УДК 616.891:616.12-008.331.1

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В СТРУКТУРЕ ПАТОМОРФОЗА ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

А.С. Ким, Л.Р. Юлдашева, В.В. Поletaев

Рассмотрены особенности клинико-психологических механизмов, которые способствуют хронизации и резистентности к проводимой терапии у больных гипертонической болезнью.

Ключевые слова: тревога; одиночество, агрессия; соматизированный призыв к помощи; продолжительность гипертонической болезни.

PSYCHOLOGICAL FACTORS IN THE STRUCTURE OF ESSENTIAL HYPERTENSION PATHOMORPHISM

A.S. Kim, L.R. Yuldasheva, V.V. Poletayev

The features of the clinical and psychological mechanisms that contribute to chronicity and resistance to therapy in patients with hypertensive diseases are considered.

Keywords: anxiety; loneliness; aggression; somatization call for help; duration of essential hypertension.

Актуальность данного исследования заключается в том, что, несмотря на подчеркиваемую роль психических факторов в развитии и осложнении течения сердечно-сосудистых заболеваний, комплексных психологических исследований, изучающих влияние клинико-психологических механизмов негативной клинической динамики у больных гипертонической болезнью (ГБ), все еще явно недостаточно. Так, по данным исследований А.С. Джумагуловой, Э.М. Миррахимова, 1997; G. Emilien et. al., 2002 г., сочетанные с ГБ тревожные расстройства (ТР) практически не диагностируются [1], несмотря на частое сочетание последних [2]. В случаях диагностики амбулаторных аффективных расстройств, пациенты часто лечатся симптоматически, что ухудшает прогноз сочетанных расстройств [3] и обосновывается биологическими теориями тревоги (В.В. Соложенкин, А.А. Абрамова, 2002).

Обобщая итоги дискуссий и обсуждений, J. Lipowsky определил соматизацию как склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне (J. Lipowsky, 1989, A. Kleinman, цит. по R. Kellner, 1990). Таким образом, соматизированный призыв к помощи у пациентов обуславливает игнорирование психического фактора, что способствует хронизации к проводимой терапии и формированию терапевтической резистентности симптомов основного соматического заболевания [4],

приводя к трансформации клинической картины обоих расстройств, что отягощает процесс лечения заболевания.

Необходимо установить влияние психических факторов риска в клинической динамике ГБ и усилить роль превентивной психологической диагностики для снижения риска осложнений данного заболевания.

Цель исследования – изучить клинико-психологические факторы, обуславливающие продолжительность гипертонической болезни и резистентность к проводимому лечению, способствующие оптимизации этапов модели терапии.

Задачи исследования:

1. Идентифицировать клинико-психологические механизмы в структуре продолжительности гипертонической болезни.

2. Изучить влияние доминирующих клинико-психологических механизмов, способствующих хронизации и резистентности к проводимой терапии.

3. Разработать клинико-психологические модели диагностики терапевтических мишеней, способствующих оптимизации терапии пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись 64 пациента на базе ГКБ № 6 в возрасте 63 ± 15 лет, со средней продол-

Таблица 1 – Средние значения клинико-психологических факторов по используемым в исследовании шкалам в выделенных группах респондентов при $p < 0,05$

Психологический фактор	Продолжительность заболевания до 5 лет		Продолжительность заболевания от 5 до 10 лет		Продолжительность заболевания свыше 10 лет	
	среднее значение	межквартильный размах	среднее значение	межквартильный размах	среднее значение	межквартильный размах
Одиночество	29	(28–30)	28	(27–35)	28	(27–30)
Личностная тревожность	53	(49–55)	47	(46–55)	45	(44–49)
Вербальная агрессия	4	(4–4)	4	(3–4)	4	(3–4)
Физическая агрессия	4	(4–5)	3	(3–4)	4	(4–4)
Предметная агрессия	4	(4–4)	4	(3–4)	5	(4–5)
Эмоциональная агрессия	3	(2–4)	3	(2–4)	3	(2–3)
Самоагрессия	6	(5–7)	7	(6–7)	7	(6–7)
Агрессия	23	(18–26)	21	(15–21)	20	(17–22)

жительностью заболевания 11 ± 6 лет. Все респонденты были репрезентативны по полу и возрасту.

Методами исследования являлись психометрический и статистический: шкала агрессии Л.Г. Почебут, шкала Спилбергера – Ханина, диагностический опросник “Одиночество” С.Г. Корчагиной, катамнестический анализ, полужформализованное интервью; расчет описательных статистик и достоверности различий средних величин для связанных выборок (анализ Уилксона), корреляционный анализ Спирмена.

Результаты и обсуждение. Учитывая образовательный уровень (со средне-специальным образованием 12 человек (37,5 %), 20 человек с высшим образованием (62,5 %), по продолжительности заболевания были выделены следующие группы респондентов:

1. Продолжительность заболевания до 5 лет ($4 \pm 0,2$) – 28,1 %.

2. Продолжительность заболевания от 5 до 10 лет (8 ± 2) – 37,5 %.

3. Продолжительность заболевания свыше 10 лет (17 ± 4) – 34,4 %.

В ходе идентификации клинико-психологических факторов в выделенных группах респондентов были выявлены следующие значения (таблица 1):

В основе исследования лежала исследовательская модель (рисунок 1), согласно которой тревога является наиболее частым эмоциональным ответом при взаимодействии с болезнью. Кроме того, тревожность активизирует исследуемые клинико-психологические механизмы (одиночество и агрессия) [5].

Поскольку у респондентов всех групп наблюдается глубокое переживание актуального одино-

чества и достоверно положительная корреляция данного феномена с тревогой при высоких связях (таблица 2), можно предположить, что одиночество приводит к увеличению уровня тревожности. Кроме того, феномен одиночества является одним из предикторов чувства вины, аутоагрессии [6], что способствует процессу развития соматизированного призыва к помощи.

При психосоматических нарушениях эмоциональное напряжение определяется не изолированным напряжением, а одновременным существованием противоречивых эмоций, например, тревоги и агрессии [5] (таблица 1). Причем, тревога в данном исследовании для всех выделенных групп респондентов достоверно отрицательно коррелирует со средним уровнем гетероагрессии, направленной на социальную среду (вербальная, физическая и эмоциональная агрессия) и достоверно положительно коррелирует с самоагрессией (аутоагрессией) высокого уровня (таблицы 1, 3).



Рисунок 1 – Исследовательская модель

Таблица 2 – Корреляции (r) и достоверность различий средних значений для связанных выборок (p) тревоги и одиночества при $p < 0,05$

Продолжительность заболевания	Одиночество
До 5 лет тревога	$r = 0,913^{**}$ $p = 0,001$
От 5 до 10 лет тревога	$r = 0,736^{**}$ $p = 0,027$
Свыше 10 лет тревога	$r = 0,728^{**}$ $p = 0,000$

Примечание. ** – Достоверность на уровне $p \leq 0,01$.

Таким образом, эмоциональное напряжение связано с одновременностью тревожности и аутоагрессии. Кроме того, в результате интрапсихического конфликта, формы поведения, которые при эффективности клинико-психологических факторов детерминируются определенной эмоцией или личностной характеристикой, взаимно тормозятся, что затрудняет преодоление эмоциональных проблем, поскольку осложняет выбор адекватной поведенческой стратегии в ситуации болезни [7].

Исходя из полученных данных, исследуемые клинико-психологические факторы (одиночество и агрессия), как механизмы психологической адаптации недостаточно эффективны, так как приводят к эмоциональному напряжению (таблица 3), т. е. способствуют приобретению патогенетических значений в формировании психосоматических нарушений.

В ходе исследования была проведена корреляция для связанных выборок тревоги и продолжительности заболевания. Результатом анализа стала достоверная отрицательная корреляция данных для всех выделенных групп респондентов (таблица 4).

Следует заметить, что аутоагрессия и одиночество являются наиболее значимыми клинико-психологическими факторами среди клинических предикторов выраженности депрессии [8], поэтому нами был проведен корреляционный анализ для выборок аутоагрессии, одиночества и продолжительности заболевания (таблица 5).

Результатом анализа стала достоверно отрицательная корреляция данных при высоких связях, что свидетельствует об отсутствии эффективности изучаемых психологических механизмов (одино-

Таблица 3 – Корреляции (r) и достоверность различий средних значений для связанных выборок (p) тревоги и агрессии при $p < 0,05$

Продолжительность заболевания	Вербальная агрессия	Физическая агрессия	Предметная агрессия	Эмоциональная агрессия	Самоагрессия
До 5 лет тревога	$r = -0,911^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,721^{**}$ $p = 0,008$	$r = 0,521^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,792^{**}$ $p = 0,027$	$r = 0,968^{**}$ $p = 0,009$
От 5 до 10 лет тревога	$r = -0,658^*$ $p = 0,004$	$r = -0,741^*$ $p = 0,005$	$r = 0,989^{**}$ $p = 0,009$	$r = -0,901^*$ $p = 0,020$	$r = 0,927^*$ $p = 0,047$
Свыше 10 лет тревога	$r = -0,884^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,608^{**}$ $p = 0,003$	$r = -0,820^*$ $p = 0,017$	$r = -0,721^*$ $p = 0,028$	$r = 0,748^{**}$ $p = 0,031$

Примечание. * – Достоверность на уровне $p \leq 0,05$; ** – достоверность на уровне $p \leq 0,01$.

Таблица 4 – Корреляция (r) и достоверность различий средних значений для связанных выборок (p) продолжительности заболевания и тревоги в выделенных группах респондентов при $p < 0,05$

Психологический фактор	Продолжительность заболевания		
	до 5 лет	от 5 до 10 лет	свыше 10 лет
Тревога	$R = -0,711^{**}$ $P = 0,001$	$R = -0,937^{**}$ $P = 0,000$	$R = -0,714^{**}$ $P = 0,000$

Примечание. ** – Достоверность на уровне $p \leq 0,01$.

Таблица 5 – Корреляция (r) и достоверность различий средних значений для связанных выборок (p) продолжительности заболевания и тревоги в выделенных группах респондентов при $p < 0,05$

Психологический фактор	Продолжительность заболевания		
	до 5 лет	от 5 до 10 лет	свыше 10 лет
Аутоагрессия	$r = -0,763^{**}$ $p = 0,001$	$r = -0,635^{**}$ $p = 0,001$	$r = -0,591^{**}$ $p = 0,000$
Одиночество	$r = -0,974^{**}$ $p = 0,023$	$r = -0,753^{**}$ $p = 0,000$	$r = -0,682^{**}$ $p = 0,000$

Примечание. ** – Достоверность на уровне $p \leq 0,01$.

чество, аутоагрессия), снижении их уровня (и, соответственно, уровня депрессии) с увеличением продолжительности заболевания и наличии соматизированного призыва к помощи как наиболее эффективного механизма психологической адаптации.

Исходя из данных исследования о влиянии клиничко-психологических факторов на продолжительность ГБ, была разработана следующая модель диагностики терапевтических мишеней в структуре данной нозологии (рисунок 2). Согласно разработанной модели, терапевтической мишенью являются аутоагрессия и одиночество, так как именно эти психологические факторы являются неэффективными по отношению к минимизации тревоги и приводят к процессу соматизированного призыва к помощи, что соответственно предусматривает наряду с лечением основного заболевания адекватное психофармакологическое и/или психотерапевтическое вмешательство.



Рисунок 2 – Клиничко-психологическая модель диагностики терапевтических мишеней, способствующих оптимизации терапии пациентов с гипертонической болезнью

Исходя из вышеизложенного, мы сделали вывод о том, что для всех выделенных групп респондентов характерен высокий уровень тревожности, который снижается с увеличением продолжительности заболевания при $p \leq 0,01$, $r = 0,963^{**}$, $p = 0,001$, продолжая соответствовать высокому уровню. Одиночество соответствует уровню “глубокого переживания актуального одиночества”, гетероагрессия направлена на социальную среду (физическая, вербальная и эмоциональная агрессия) среднего уровня, что свидетельствует о среднем уровне социальной адаптированности, аутоагрессия высокого уровня – для всех групп респондентов. Отрицательная корреляция тревоги и продолжительности заболевания ($p < 0,05$) свидетельствует о наличии соматизированного призыва к помощи, который влияет на уменьшение уровня аффекта с увеличением продолжительности заболевания. Кроме того, сомати-

зированный призыв к помощи является социально приемлемой формой поведения в ситуации болезни, вследствие неэффективности исследуемых клиничко-психологических факторов (аутоагрессия, одиночество). В ходе исследования была разработана клиничко-психологическая модель диагностики терапевтических мишеней, согласно которой своевременная диагностика причинных клиничко-психологических факторов и проведение психотерапевтической работы с пациентами могли бы оптимизировать процесс терапии. Подобная модель рассматривается как ГБ, сочетанная с тревогой. Симптомы тревоги могут присутствовать как симптомы органического поражения, а при отсутствии эффективности предъявляемых респондентами клиничко-психологических факторов, последние рассматриваются с позиции соматизированного призыва к помощи, что, соответственно, предусматривает наряду с лечением основного заболевания адекватное психофармакологическое и/или психотерапевтическое вмешательство.

Литература

1. Джумагулова А.С. Первичная и вторичная профилактика артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии в Кыргызской Республике / А.С. Джумагулова, Э.М. Миррахимов // Центральнo-Азиатский медицинский журнал. 1997. Т. 3. № 1. С. 35–39.
2. Grimsrud A. The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally-representative sample of South African adults / A. Grimsrud, D. Stein, S. Seedat, et al. // PLoS One. 2009.
3. Соложенкин В.В. Аффективные, соматизированные, интоксикационные расстройства и новые возможности применения кавинтона и мидокалма / В.В. Соложенкин, А.А. Абрамова, Ю.П. Колесова и др. Бишкек: БИЛД, 2002. 152 с.
4. Wagena E.J. Are patients with COPD psychologically distressed / E.J. Wagena // Eur. Respir.J. 2005. Vol. 26. P. 242–248.
5. Березин Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф.Б. Березин. М., 2005.
6. Ильиных А.В. Переживание одиночества / А.В. Ильиных // XXI Междунар. науч.-практ. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых “Теоретические и практические исследования психологии и педагогики. I часть”. М., 2014.
7. Волков В.Т. Личность пациента и болезнь / В.Т. Волков, А.К. Стрелис, Ф.Ф. Тетенов. Томск, 1995. 328 с.
8. Абрамова А.А. Агрессивность и восприятие эмоциональной экспрессии у больных с депрессивным расстройством при различных заболеваниях / А.А. Абрамова // III Бехтеревская психол. конф. “Бехтерев В.М. и современная психология”. Казань, 2005. С. 27.