

## Восприятие жизненных событий, психологические защиты и подходы к психотерапевтической коррекции больных артериальной гипертензией

Бронский В. И.\*, Лапанов П. С.

УО “Гомельский государственный медицинский университет” на базе Речицкой ЦРБ, Управление охраны здоровья Гомельского облисполкома. Гомель, Республика Беларусь

**Цель.** Изучить взаимосвязи между восприятием жизненных событий (оцениваемых как стрессовые), типами психологических защит (ПЗ) по мере прогрессирования артериальной гипертензии (АГ), определение подходов к психологической коррекции АД на основе самоконтроля внутренних ощущений больного.

**Материал и методы.** В 3 группах пациентов с 3 степенями (ст.) АГ использовались “Методика диагностики стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и П. Пэа” и “Индекс жизненного стиля” по Плутчеку-Келлерману-Конте.

**Результаты.** Полученные данные позволяют по-новому рассматривать прогрессирование АГ с позиции адаптации, которая снижается с увеличением ст. заболевания, что связано с неэффективным

функционированием ПЗ (5 из 8 неэффективны). Получено, что показатели ПЗ по ст. болезни статистически значимо не различаются.

**Заключение.** На основании полученных данных обоснован подход к психотерапевтической (психоаналитической) коррекции АД на основе самоконтроля “внутренних ощущений”.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, восприятие жизненных событий, психологические защиты, психотерапевтическая (психоаналитическая) терапия, самоконтроль на основе “внутренних ощущений”.

Поступила 06/12-2011

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2012; 11(2): 19-23

### Life event perception, psychological coping, and psychotherapeutic correction of blood pressure in patients with arterial hypertension

Bronskiy V. I.\*, Lapanov P. S.

Gomel State Medical University, Rechitsa Central Clinical Hospital. Gomel, Belarus

**Aim.** To assess the associations between the perception of stressful life events, psychological coping (PC) styles, and the progression of arterial hypertension (AH); to identify psychotherapeutic approaches towards blood pressure (BP) correction, based on the perception self-control.

**Material and methods.** In 3 groups of the patients with AH Stages 1—3, the diagnostics of stress resilience and social readjustment (Holmes and Rahe scale) and the Life Style Index assessment (Plutchik, Kellerman, and Conte scale) were performed.

**Results.** The study results supported the view on AH progression as a process of decreasing adaptation and inadequate PC (5 PC styles out of

8 were inadequate). No statistically significant difference in PC parameters was observed across AH stages.

**Conclusion.** The study findings have been used for identification of psychotherapeutic (psychoanalytic) approaches towards BP correction, based on the perception self-control.

**Key words:** Arterial hypertension, life event perception, psychological coping, psychotherapeutic (psychoanalytic) treatment, perception self-control.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2012; 11(2): 19-23

Одним из наиболее значимых достижений медицины во второй половине прошлого столетия были успехи в лечении артериальной гипертензии (АГ). Успехи фармакотерапии обеспечили новые возможности в контроле артериального давления (АД) почти при любой форме АГ. Тем не менее, АГ остается основной проблемой социального здоровья, а ее распространенность в мире продолжает расти. Число пациентов с неконтролируемым АД продолжает увеличиваться, несмотря на терапевтические успехи [7,12].

Несмотря на огромные усилия научных медицинских обществ, специалистов и исследователей в области АГ, отмечается значительное расхождение между передовыми позициями науки и реальной клинической практикой. Возникают три парадокса, связанные с АГ:

- АГ можно диагностировать, но в большинстве случаев она не диагностируется;
- АГ можно лечить, но в большинстве случаев больные не лечатся;
- существует большое число эффективных лекарственных средств, но зачастую лечение неэффективно [8].

Во многом такое положение усугубляется наличием одностороннего “фармакологического” подхода в лечении АГ, направленного на конечное звено патогенеза, упуская из вида важнейшую психогенную составляющую в развитии АГ.

К настоящему времени получено большое количество данных, свидетельствующих о роли нарушений нейрогенной регуляции кровообращения в патогенезе АГ. Роль этих изменений особенно

существенна на этапе становления заболевания, когда у большинства больных имеют место клинические (наклонность к тахикардии, гиперкинетический тип гемодинамики) и лабораторные (повышение в крови норадреналина) признаки, свидетельствующие о симпатикотонии [9].

Жизнь человека проходит в постоянном взаимодействии со сложным и меняющимся миром, ставящим перед ним новые и нетривиальные задачи, для решения которых могут быть использованы конструктивные пути, и тогда человек, приобретая новый опыт, преодолевая трудную жизненную ситуацию, кризис, переходит на новый уровень функционирования; либо это могут быть неконструктивные пути, и тогда задача не решается, либо решается ценой определенных потерь.

Негативное воздействие постоянных стрессоров уменьшается за счет работы системы психологических защит (ПЗ), которые позволяют снижать значимость негативного события, менять отношение к нему или качественно преобразовывать его. Под ПЗ понимается личностное образование, выполняющее функции предохранения личности от травмирующих переживаний и поддержания непротиворечивого позитивного чувства “Я” [1]. Структура ПЗ имеет иерархическое строение, где выделяют два достаточно автономных уровня функционирования — внутриличностный и межличностный. ПЗ является целостным, устойчиво воспроизводимым, социально обусловленным образованием психики человека [2].

В некоторых случаях система механизмов ПЗ (МПЗ) может давать сбой, это приводит к тому, что у человека резко снижается адаптационный потенциал, его эффективность и успешность, а также могут возникнуть невротические и психосоматические расстройства.

В рамках нейрогенной теории патогенеза АГ [10,11] проводится ряд исследований, направленных на разработку психотерапевтических подходов к коррекции АД [13]. Изучаются такие вопросы, как профили ПЗ, типы отношения к болезни, стрессоустойчивость и способы совладания со стрессом больных АГ [3,4,13].

Больные были рандомизированы на 3 группы (гр.): 2 психотерапевтические (n=72 и n=55), в которых дополнительно использовали программу психотерапевтического воздействия: в I — эриксоновский гипноз, технику визуализации, терапевтическую метафору, нейролингвистическое программирование. Кроме того, больных обучали самогипнозу для его применения несколько раз в сут. — после пробуждения, в обеденный перерыв и перед засыпанием. Во II гр., кроме того, проводили психотерапевтическую работу с ПЗ, которая предполагала выявление, опознание и обучение приемам по их преодолению [13]. В этой гр. получены лучшие результаты при

катамнестическом исследовании через 1,5 года. Неизученным остается метод самоконтроля АГ на основе внутренних ощущений (методика ориентирована на психоаналитический уровень).

Целью настоящего исследования является определение взаимосвязи между восприятием жизненных событий (оцениваемых как стрессовые), типами ПЗ по мере прогрессирования АГ, определение подходов к психологической коррекции АД на основе самоконтроля внутренних ощущений больного.

## Материал и методы

Исследование проводилось на базе кардиологического отделения УЗ “Речицкая ЦРБ” у 93 больных (28 мужчин и 45 женщин) в возрасте 45–74 лет — основная группа (ОГ). Средний возраст обследованных — 61 год. Из исследования были исключены больные: с психическими расстройствами (деменция, расстройства настроения, психотические расстройства, с синдромом зависимости от психоактивных веществ); с декомпенсацией заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем; с инфарктом миокарда (ИМ) (острый и подострый периоды); острое нарушение мозгового кровообращения и травмы головы. Степень (ст.) АГ определялась по классификации ВОЗ 2005 [6].

Все обследованные с АГ разделены на 3 гр., согласно ст. заболевания [14]. I ст. — (n=32), средний возраст 59 лет, II ст. — (n=31), средний возраст 62 года, III ст. — (n=30), средний возраст 60 лет. Соотношение мужчин и женщин в группах было адекватно.

Соматический статус характеризовался следующим: у 14 больных АГ, в основном, в I ст. диагностирована энцефалопатия, у 10 — определялись последствия перенесенного нарушения мозгового кровообращения; у 18 — АГ сочеталась с ишемической болезнью сердца (ИБС), 10 из них перенесли ИМ в течение последних 10 лет, у 12 диагностирована мерцательная аритмия. У 8 больных из этой гр. — сахарный диабет 2 типа (СД-2).

Психический статус по МКБ-10 имел отношение к рубрике F: невротический уровень расстройств — F43–F48, органические нарушения — F06, F07 сопровождались невротическим уровнем расстройств. 51 больной АГ — без сколько-либо определяющихся психическими расстройствами.

В гр. контроля (ГК) включены 32 (10 мужчин и 22 женщины) практически здоровых лиц, проходивших профилактический медицинский осмотр на базе

**Таблица 1**

Уровень стресса у больных АГ с учетом степени

Группы респондентов		Баллы *
ГК		279±16,22
Ст. АГ	1	264±27,211
	2	173±19,12
	3	138± 12,513

Примечание: \* достоверность различий — p (ГК, 1-3) < 0,05.

Таблица 2

Среднее значение шкал ПЗ теста ИЗС обследованных больных

Названия шкал	Баллы				Среднее значение
	ГК	Ст. АГ			
		I	II	III	
Вытеснение	0,32	0,35	0,34	0,35	0,35
Регрессия	0,43	0,28**	0,29**	0,26**	0,28**
Замещение	0,24	0,15**	0,18**	0,13**	0,15**
Отрицание	0,42	0,65*	0,68*	0,63*	0,65*
Проекция	0,39	0,68*	0,73*	0,72*	0,71*
Компенсация	0,38	0,3**	0,3**	0,25**	0,28**
Гиперкомпенсация	0,52	0,6	0,64	0,62	0,62
Рационализация	0,51	0,57	0,55	0,62	0,58
Общая напряженность	0,4	0,43	0,45	0,45	0,44

Примечание: достоверность различий с ГК — \* —  $p < 0,001$ , \*\* —  $p < 0,05$ . При всех сравнениях между ст. АГ  $p > 0,05$ .

поликлиники УЗ “Речицкая ЦРБ”. Средний возраст обследованных 56 лет. В анамнезе, и по результатам профосмотра, хроническая патология отсутствовала. Жалоб на самочувствие нет. Имели факторы риска (ФР) сосудистой патологии: генетическая предрасположенность по АГ и ИБС — 8 человек, курение — 12.

Для оценки уровня психосоциального стресса, складывающегося из суммы жизненных событий, произошедших с пациентом в течение года до госпитализации, каждое из которых оценивается в баллах, и изучения ПЗ в работе использованы “Методика диагностики стрессоустойчивости и социальной адаптации” [15] и “Индекс жизненного стиля” (ИЖС) (тест Плутчека-Келлермана-Конте в модификации Л.И.Вассермана) [5].

## Результаты и обсуждение

При анализе результатов диагностики стрессоустойчивости и социальной адаптации было выявлено, что по мере прогрессирования АГ, у больных уменьшалось восприятие различных жизненных

событий, оцениваемых как стрессовые. Это отразилось в достоверном снижении балльной оценки уровня психосоциального стресса у пациентов с 3 ст. АГ в сравнении с больными с 1 ст. и ГК.

Это подтверждается исследованиями Холмса и Пэа, что вероятность развития психосоматического заболевания связана с определенным уровнем стресса. Касательно предмета исследования, у лиц с 3 ст. АГ гр отсутствует риск развития психосоматического заболевания, лица со 2 ст. АГ имеют низкий риск (35 %), а у лиц ГК и с III ст. АГ риск развития психосоматического заболевания или ухудшения самочувствия составляет 50 % [15].

Было определено снижение сопротивляемости к стрессу с порогового значения (ГК и 1 ст. АГ) до высокого — гр 3 ст. АГ (таблица 1).

Учитывая пожилой возраст респондентов, относительно однородные возрастной и социальный составы, такое значительное снижение стрессоустойчивости можно объяснить неэффективной работой защитного механизма отрицания. Также определенную роль играют постепенно нарастающие когнитивно-мнестические изменения, препятствующие адекватному восприятию событий. Снижение продуктивности мышления, рассеянность, забывчивость, эмоциональная лабильность на фоне повышенного АД, свидетельствует о симптомах органического поражения головного мозга, выявлены у трети обследованных больных преимущественно в 3 ст. АГ.

Согласно таблице 2 и рисунка 1 по опроснику “индекс жизненного стиля” выявлено, что у больных АГ ПЗ “отрицание”, “проекция” были выше по сравнению с ГК ( $p < 0,001$ ), а “регрессия”, “замещение”, “компенсация” — ниже ГК ( $p < 0,005$ ). Интересно, что профили ПЗ практически совпадают у больных с разными ст. АГ, в принципе, это подтверждает имеющиеся представления о ПЗ, как о ригидных, устойчивых во времени психических конструктах.

Значительное напряжение рассмотренных ПЗ свидетельствует о разнонаправленных, амбивалентных мотивах, проявляющихся внутри личности,

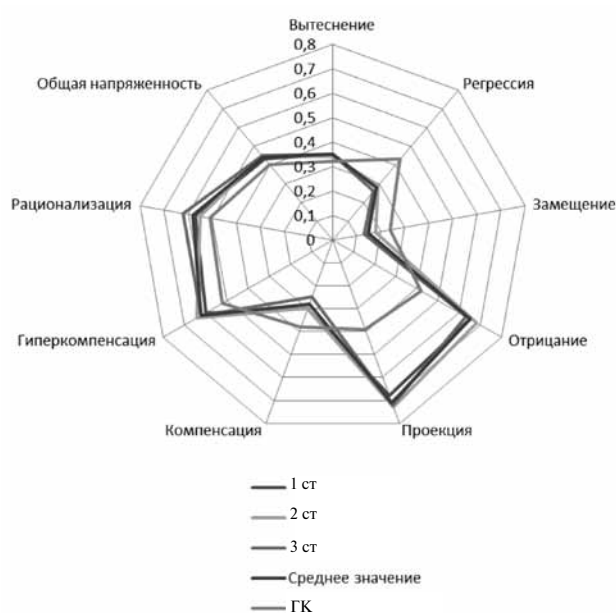


Рис. 1 Сравнение распределения спектров ПЗ в ОГ и ГК.

а также указывает на то, что больные АГ не склонны к анализу и рефлексии своих поступков, мотивов, желаний. Снижение показателей по какой-либо из шкал опросника ИЖС свидетельствует о неэффективности данного МПЗ, о блокаде поведения, направленного на снижение напряжения, вызываемого активацией связанной с ним базовой эмоции и, при соответствующих изменениях внешних условий, является наиболее вероятной причиной дезадаптации. Снижение средних показателей защитного механизма по типу “замещение” говорит о том, что у больных АГ блокирована относительно безопасная разрядка раздражения (гнева) и, таким образом, повышается риск психосоматических заболеваний, коим является эссенциальная АГ. “Регрессия” рассматривается как ПЗ, посредством которой личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги, используя формы реагирования, характерные для более ранних ст. развития АГ. Низкие показатели “регрессии” могут свидетельствовать о том, что она не является тем МПЗ, который используется больными АГ, т. к. для них характерно стремление, во что бы то ни стало, сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.

Поскольку ПЗ работают на избавление от фрустрации и эта категория психологическая, лечение и профилактика, в частности, АГ, как классического психосоматического заболевания, должна выстраиваться в ряду психоаналитических — психотерапевтических методик. Предпосылкой для решения этой задачи явился факт отсутствия клинических симптомов АГ при стабильной неосложненной АГ и появление соответствующей симптоматики при подъеме (кризы) или снижении АД (нередко обмороки).

Учитывая психогенную составляющую, можно спровоцировать подъем АД с помощью срабатывания МПЗ на какой-либо искусственный, но строго специфичный и дозированный стимул (в рамках

таких ПЗ, например, как замещение, компенсация, реактивное образование). Параллельно нужно предложить пациенту оценить собственную субъективную эмоциональную реакцию (гнев, тревога, удивление) и различные телесные ощущения: сердцебиение, тяжесть в голове, “мышечные зажимы” и т. д.

По мере психоаналитической проработки ПЗ, удастся добиться усиления субъективных телесных ощущений у пациента при повышении АД, именно тогда у больного появляется мотивация к лечению, которая в данном случае проводится уже апробированными ранее методами.

Повышение чувствительности пациента к изменению АД является самостоятельным методом психотерапии больных АГ, а именно сплавом психоаналитического и поведенческого методов психотерапии, который назвали “самоконтроль на основе внутренних ощущений”. Предложенный метод успешно апробирован у 5 больных “мягкой АГ”.

## Выводы

Стресс-устойчивость и, соответственно, социальная адаптация по мере прогрессирования АГ значительно снижалась между 1-3 ст. болезни, что, вероятно, связано с неэффективностью функционирования ПЗ.

У больных АГ из 8 изучаемых ПЗ 5 функционируют неэффективно. “Отрицание”, “проекция” статистически значимо выше нормы, а “регрессия”, “замещение”, “компенсация” — ниже нормы. Изменение ПЗ при всех ст. АГ по всем показателям статистически значимо не определяется.

Полученные данные по стресс-устойчивости и ПЗ позволяют разработать новые психотерапевтические методы при АГ. Одним из методов контроля АГ может быть впервые обоснованная психологическая методика — самоконтроль на основе “внутренних ощущений”, что требует апробации на большем фактическом материале.

## Литература

1. Bogdanova M.V. Protective and adaptive constructs in the life-support system of personality. Bulletin of Tyumen State University 2009; 5: 113-9. Russian (Богданова М.В. Защитно-адаптационные конструкторы в системе жизнеобеспечения личности. Вестник Тюменского государственного университета 2009; 5: 113-9).
2. Gabdeeva G.Sh. Psychological Personality Defense In Chronically Stress Situations. Sc. Notes of Kazan' State University 2007; vol. 149, book 1: 84-94. Russian (Габдеева Г.Ш. Психологическая защита личности в хронических стрессовых ситуациях. Уч записки Казанск гос ун-та 2007; том 149, кн. 1: 84-94).
3. Buchina M.M., Kopnina E.I., Chernova M.A., et al. Effect of increase in blood pressure in particular the perception of life events and coping strategies in patients with essential hypertension. Bulletin of New Medical Technologies 2007; XIV (2): 98-9. Russian (Бучина М.М., Копнина Е.И., Чернова М.А., и др. Влияние степени повышения артериального давления на особенности восприятия жизненных событий и копинг-стратегии у пациентов с гипертонической болезнью. Вест новых мед технологий 2007; XIV (2): 98-9).
4. Jusuphodzhaev R.V., Sidorova T.I., Efremushkin G.G. Coping strategies and psychological defense mechanisms in patients with myocardial infarction and their psychotherapeutic correction in the sanatorium stage of rehabilitation. Bulletin Siberian Branch RAMS 2007; 3 (125): 186-90. Russian (Юсупходжаев Р.В., Сидорова Т.И., Ефремушкин Г.Г. Копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у больных инфарктом миокарда и их психотерапевтическая коррекция на санаторном этапе реабилитации. Бюлл СО РАМН 2007; 3 (125): 186-90).
5. Vasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B., et al. Psychological diagnostics index lifestyle: A guide for psychologists and physicians. SPb.: St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute 2005; 47 p. Russian (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева 2005; 47 с).
6. WHO/ISH Hypertension Guidelines Practice guidelines for primary physicians/ — 2005, WHO — International Society Hypertension — 12 p.

7. Babushkina A.V. On the problem of uncontrolled hypertension. Ukrainian Medical Magazine 2010; 5 (79): 73-9. Russian (Бабушкина А.В. О проблеме неконтролируемой артериальной гипертензии. Укр мед ж 2010; 5 (79): 73-9).
8. Chobanian AV. The Hypertension Paradox — More Uncontrolled Disease despite Improved Therapy. N Engl J Med 2009; 361: 878-87.
9. Almazov V.A., Shljahto E.V. Baroreflex control of vascular resistance in labile hypertension. In: Arterial hypertension: current issues of pathogenesis and therapy. SPbSMU. SPb 1995; p.50-62. Russian (Алмазов В.А., Шляхто Е.В. Барорефлекторный контроль сосудистого сопротивления при лабильной артериальной гипертензии. В Кн.: "Артериальные гипертензии. Актуальные вопросы патогенеза и терапии". СПб ГМУ. СПб 1995; 50-62).
10. Lang G.F. Hypertonic Disease. Leningrad: Medgiz 1950; 496 p. Russian (Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. Ленинград: Медгиз 1950; 496 с).
11. Mjasnikov A.L. In the collection Hypertensive heart disease, ed. A.L. Mjasnikov M.: Medgiz 1960; 3-18. Russian (Мясников А.Л. В сб. Гипертоническая болезнь под ред. А.Л. Мясникова. М.: Медгиз 1960; 3-18).
12. Davydova I.V. Resistant hypertension: mechanisms of origin, diagnosis and treatment approaches. Medical Newspaper "Health of Ukraine" 2009; 3 (59): 30-6. Russian (Давыдова И.В. Резистентная артериальная гипертензия: механизмы возникновения, диагностика и подходы к лечению. Мед газета "Здоровье Украины" 2009; 3 (59): 30-6).
13. Nabiullina R.R. Psychotherapy patients with arterial hypertension. Kazan medical magazine 2005; 86(1): 28-30. Russian (Набиуллина Р.Р. Психотерапия больных артериальной гипертензией. Казан мед ж 2005; 86(1): 28-30).
14. Memorandum from a WHO/JSH meeting — 1993 Guidelines for management of mild hypertension. Clin Exp Hypertens 1993; 15: 1363-95.
15. Holmes T.H. and Rahe R.H. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11: 213-8.