

В. А. Ніконенко

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ПСИХОТЕРАПІЯ НЕВРОТИЧНИХ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

В. А. Ніконенко

Клиника, диагностика, психотерапия невротических психопатологических расстройств при артериальной гипертензии

V. A. Nikonenko

Clinic, diagnostic, psychotherapy of neurotic psychopathological disorders with arterial hypertension

В даній науковій роботі проведено теоретичне вивчення за матеріалами наукових джерел інформації сучасних уявлень про психопатологічні розлади у хворих, які страждають на гіпертонічну хворобу. Сформульовано науково-теоретичні позиції щодо клінічних проявів психопатологічних розладів у контингентів в залежності від стадії захворювання соматичними недугами. Подано інформацію щодо максимально поширених видів психічних порушень при гіпертонічній хворобі. Надано огляд діагностичних аспектів та існуючих лікувальних тактик.

Нами описано заплановані можливості клініко-психопатологічного та медико-психологічного досліджень задля формування диференціально-діагностичних критеріїв та терапевтичних й профілактичних заходів щодо тривожно-депресивних розладів у пацієнтів із гіпертонічною хворобою.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, психопатологічні прояви, клінічна картина, тривожно-депресивні розлади, діагностика, терапія, профілактика

В теперішній час проблема вивчення порушень психічної сфери при серцево-судинних захворюваннях є достатньо актуальною за запитами теорії та клінічної практики. Особливо це стосується хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) [1, 4, 5]. Багато дослідників етіопатогенних чинників та походження артеріальної гіпертензії дотримуються теорії, розробленої Г. Ф. Лангом, згідно з якою артеріальна гіпертензія є так званним неврозом вищих центрів, що регулюють кров'яний тиск [3].

Вважається, що АГ може розвиватися в результаті тривалих впливів негативних емоційних чинників, що призводить до порушення нервово-гуморальної регуляції артеріального тиску [2]. Психічні порушення при артеріальній гіпертензії традиційно привертають увагу багатьох дослідників [6—8].

Спектр психічних розладів у хворих на АГ є достатньо різноманітним. Дуже часто на перший план виступають вторинні психогенно обумовлені розлади, особливо тривожного та депресивного спектра [9].

Усе вище викладене обумовило проведення нашого дослідження, метою якого було провести аналіз проявів невротичних розладів у хворих на артеріальну гіпертензію та зробити прогноз реалізації психодіагностичних, психотерапевтичних і психопрофілактичних тактик.

Був проведений комплекс анамнестичних, клініко-психопатологічних і психодіагностичних досліджень. Застосовували модифіковану форму Фрайбурзького

В данной научной работе проведено теоретическое изучение по материалам научных источников информации современных представлений о психопатологических расстройствах у больных, страдающих гипертонической болезнью. Сформулированы научно-теоретические позиции относительно клинических проявлений психопатологических расстройств у контингентов в зависимости от стадии заболевания. Представлена информация по максимально распространенным видам психических нарушений при гипертонической болезни. Дан обзор диагностических аспектов и существующих лечебных тактик.

Описаны запланированные возможности клиничко-психопатологического и медико-психологического исследований для формирования дифференциально-диагностических критериев и терапевтических, профилактических мероприятий тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с гипертонической болезнью.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, психопатологические проявления, клиническая картина, тревожно-депрессивные расстройства, диагностика, психотерапия, профилактика

In this article held theoretic study on material science sources of information presented at condition modern psychopathological disorders in patients with hypertonic disease. Scientific and theoretic position regarding clinical manifestations psychopathological disorders in patients, depending on the stage of disease. Submitted by info on most kinds mental disorders at hypertonic disease. Overview of existing and diagnostically aspect therapy tactics.

Possibility of the planned clinical and psychopathological and psychological health of research for generating differential-diagnostically the criteria and therapeutic, preventive of activities depressive-anxiety disorders in patients with hypertonic disease.

Key words: arterial hypertension, psychopathological manifestations, clinical picture, depressive-anxiety disorders, diagnostics, psychotherapy, prevention

опитувальника особистості (Freiburg Personality Inventory, FPI), опитувальник Тейлор (Taylor Manifest Anxiety Scale) в модифікації Т. А. Немчина, опитувальник Айзенка, опитувальник Леонгарда — Шмішека, особистісний опитувальник Бехтеревського інституту («ЛОБИ»).

Загальна кількість досліджених хворих на АГ з тривожно-депресивною симптоматикою була 156 осіб, чоловіки, які були поділені на дві групи: в 1-шу групу увійшли 67 хворих на АГ I ступеня, в 2 групу увійшли 89 хворих на АГ II ступеня.

Розподіл хворих відповідно до нозологічної приналежності розладів психічної сфери поданий в таблиці 1.

Клініко-психопатологічне дослідження пацієнтів обох груп показало, що змішаний тривожний та депресивний розлад (F.41.2) був найчастішим — у 53 хворих (34 %), тривожно-фобічні розлади (F. 40.8) виявлені у 47 хворих (30 %), епізодична пароксизмальна тривога (F.41.0) — у 15 пацієнтів (10 %), інші тривожні розлади (F.41.8) — у 27 хворих (17 %), генералізований тривожний розлад (F.41.1) — у 14 хворих (9 %).

В контрольній групі були 38 хворих на АГ без проявів невротичних розладів.

Структура тривожних розладів виглядала таким чином. Спостерігалися як гострі прояви тривоги (панічні напади у вигляді вегетативних пароксизмів, які супроводжуються вираженим страхом смерті), так і «уникаюча поведінка» (прагнення уникати ситуацій, що можуть призвести до повторення панічного нападу).

Таблиця 1. Розподіл хворих за нозологічною приналежністю та ступенем артеріальної гіпертензії

Форми патології	1 група		2 група		Усього	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Тривожно-фобічні розлади (F40.8)	32	29,12 ± 1,31	15	32,6 ± 2,61	47	30,12 ± 3,92
Епізодична пароксизмальна тривога (F41.0)	5	3,64 ± 1,73	10	11,18 ± 2,89	15	9,62 ± 4,62
Генералізований тривожний розлад (F41.1)	6	4,01 ± 1,73	8	7,52 ± 2,05	14	8,97 ± 3,78
Змішаний тривожний та депресивний розлад (F41.2)	17	12,71 ± 3,12	36	28,82 ± 3,25	53	33,97 ± 6,37
Інші тривожні розлади (F41.8)	7	3,81 ± 1,79	20	10,08 ± 2,92	27	17,31 ± 3,71

Скарги хворих обох груп були різні — запаморочення, нестійкість, відчуття поганого повітря, утруднення дихання, біль в серці, серцебиття, озноб, хвиля жару або холоду, оніміння в руках і ногах, страх смерті, почуття внутрішнього напруження.

Ці скарги виникали у вигляді нападів (вегетативні напади або панічні атаки), тобто мали раптовий початок і через деякий час припинялися.

Найчастіше спостерігалися такі симптоми тривоги:

- **психічні** — тривога, неспокій з незначних приводів, припливи жару або холоду, відчуття напруженості та скутості, нездатність розслабитися, дратівливість і нетерплячість, відчуття напруженості і перебування на межі зриву, неможливість сконцентруватися, погіршення пам'яті, труднощі засинання і порушення нічного сну, швидка стомлюваність, жахи;

- **соматичні** (або ж вегетативні) — прискорене серцебиття, пітливість, холодні і вологі долоні, відчуття «грудки» в горлі, відчуття поганого повітря, біль в грудях, нудота, понос, біль в животі, сухість у роті, запаморочення і переднепритомний стан, тремор, м'язові посмикування, здригання, напруження і біль у м'язах, прискорене сечовипускання, зниження лібідо та еректильна дисфункція.

Для хворих з наявністю депресивного синдрому характерними були пригнічений настрій, апатія, відчуття млявості, почуття безнадійності, байдужості, песимізм, невіра в можливість сприятливого перебігу захворювання, тенденція все бачити в похмурому світі. Пацієнти часто негативно витлумачували рекомендації лікаря.

Вегетативні розлади турбували хворих тривалий час (перманентні вегетативні розлади) або виникали епізодично (пароксизмальні вегетативні порушення). Це залежало від типу тривожного розладу: при панічних атаках або фобії при «зустрічі» зі звичним подразником вони мали пароксизмальний характер. Для генералізованого тривожного розладу характерною була вегетативна дистонія перманентного перебігу. Закономірно, що з перебігом захворювання психічні симптоми тривоги дезактуалізувалися і на перший план виступали вегетативні прояви.

Патопсихологічне дослідження показало такі результати.

За даними модифікованої форми Фрайбурзького опитувальника особистості найвищою в обох групах була вираженість ознак показників невротичності, емоційної лабільності, дратівливості, сором'язливості, маскулінізму.

У 1 групі спостерігався значно виражений показник за шкалою «невротичність» (8,12—8,63 бали), який характеризує рівень невротизації. Високі оцінки відповідають

вираженій невротизації за астенічним типом зі значними психосоматичними порушеннями. Цей показник є провідним у клінічній картині, відображаючи рівень вираженості астенічної симптоматики, а так само «посилення» конституціональної невротичності внаслідок екзогенного впливу АГ.

Високі показники в 1 групі спостерігалися за шкалою «емоційної лабільності» (8,00—8,86 бали), що вказує на нестійкість емоційного стану, що виявлялася в частих коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, недостатньому умінні володіти собою.

Високі показники в 1 групі за шкалою «дратівливість» (8,19—8,50 бали) свідчать про нестійкий емоційний стан зі схильністю до афективного реагування, що доповнює вище перелічені характеристики контингентів. При цьому показники вираженості за шкалою «сором'язливість» так само є досить високими (6,45—8,19 бали), що відображає схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, що мають перебіг за пасивно-оборонним типом. Високі оцінки за шкалою відображають наявність тривожності, скутості, невпевненості, наслідком чого є труднощі в соціальних контактах.

Високі показники в 2 групі за шкалою «маскулінізм-фемінізм» (8,30—8,59 бали) свідчать про перебіг психічної діяльності переважно за чоловічим типом, зі збереженням власної ініціативи, достатньої активності, а можливо — й агресивності.

Особистісні особливості у хворих на АГ за результатами опитувальника Айзенка виглядали таким чином (табл. 2): для хворих на АГ I ступеня характерний середній (54,50 % хворих 1 групи і 50,00 % — контрольної) та високий (45,50 % хворих 1 групи і 50,00 % — контрольної групи) рівні психотизму. Низький рівень психотизму не визначався. У хворих 1 групи частіше визначався високий рівень нейротизму (у 78,20 %). Навпаки, у хворих контрольної групи частіше діагностували низький рівень нейротизму (66,30 %). У хворих на АГ I ступеня переважали екстраверти (56,40 % хворих 1 групи і 59,10 % — контрольної групи). Нециристість відповідей при бажанні пацієнта «давати гарні відповіді» була зареєстрована в 1 хворого.

Для хворих на АГ II ступеня характерний високий (97,80 % хворих 2 групи і 87,50 % — контрольної групи) рівень психотизму. Рідше відзначався середній рівень (2,20 % хворих 2 групи і 12,50 % — контрольної групи). Низький рівень не визначався.

У хворих на АГ II ступеня частіше визначався високий рівень нейротизму (41,80 % хворих 2 групи і 68,20 % — контрольної групи). У хворих контрольної групи також діагностували середній рівень нейротизму у 1 хворого.

Таблиця 2. Результати дослідження особистісних особливостей у хворих на АГ за особистісним опитувальником Айзенка (%)

Параметри опитувальника		Відсоткові показники за контингентами, %			
		Хворі на АГ I ступеня		Хворі на АГ II ступеня	
		1 група (n = 67)	контрольна група (n = 22)	2 група (n = 89)	контрольна група (n = 16)
Психотизм	низький	0	0	0	0
	середній	54,50	50,00	2,20	12,50
	високий	45,50	50,00	97,80	87,50
Нейротизм	низький	1,80	63,60	0	0
	середній	20,00	18,20	0	4,50
	високий	78,20	18,20	41,80	68,20
Екстраверсія		56,40	59,10	17,40	12,50
Амбіверсія		25,50	31,80	17,40	18,80
Інтроверсія		18,20	9,10	65,20	68,80
Щирість		99,90	100,00	100,00	93,80
Нещирість		0,90	0	0	6,30

У хворих на АГ II ступеня переважали інтроверти (65,20 % хворих 2 групи і 68,80 % — контрольної групи). Нещирість відповідей при бажанні пацієнта «давати гарні відповіді» була зареєстрована в 1 хворого.

Таким чином, для хворих на АГ характерні досить високі показники рівня нейротизму, що може свідчити про високий ризик розвитку невротичної симптоматики, а також високий рівень психотизму, що може свідчити про ризик розвитку психічного розладу взагалі. Для хворих на АГ I ступеня характерне переважання екстравертів, а для хворих на АГ II ступеня — інтровертів. Особливості свідчать про більшу глибину виразності психічних розладів при АГ II ступеня, тобто на більш пізніх її етапах, що диктує необхідність ранньої діагностики і корекції цих порушень.

Дослідження темпераменту за опитувальником Айзенка показали, що у хворих на АГ I ступеня були визначені всі чотири типи темпераменту. При цьому у хворих з 1 групи найчастіше визначався холеричний (71,80 % хворих) і меланхолійний (26,4 % хворих) типи темпераменту. Навпаки, у хворих з контрольної групи найчастіше відзначався сангвінічний (59,10 % хворих) тип темпераменту. Дещо рідше визначався флегматичний (18,20 % хворих) і меланхолійний типи (13,60 % хворих).

У хворих на АГ II ступеня визначалися тільки меланхолійний (73,90 % хворих 2 групи і 87,50 % — контрольної групи) і холеричний (26,10 % хворих 2 групи і 12,50 % — контрольної групи) типи темпераменту.

У хворих на АГ I ступеня виявляється представленість усіх 4 типів темпераменту. Прояв темпераменту у хворих на АГ II ступеня характеризується великою одноманітністю і обмежується описаними вище типами темпераменту, що, можливо, пояснюється більшою стійкістю типологічних особливостей на більш пізніх стадіях.

За результатами опитувальника Леонгарда — Шмішека нами були визначені середні показники акцентуованих рис досліджуваних.

Серед хворих на АГ I ступеня переважали гіпертимні (24,50 % хворих 1 групи і 27,30 % — контрольної), дистимні (12,70 % хворих 1 групи і 31,80 % — контрольної), і екзальтовані (40,00 % хворих 1 групи і 22,70 % — контрольної). Меншою мірою представлені збудливі і неврівноважені (2,70 % хворих 1 групи і 4,50 % — контрольної). Крім цього, у хворих контрольної групи визначався емотивний (у 10 хворих, 9,10 % від загальної кількості хворих в групі), тривожний (у 14 хворих, 12,70 %), циклотимність

(у 5 хворих, 4,50 %), і педантичний тип акцентуації особистості (у 1 хворого).

При цьому у хворих на АГ I ступеня до середній вираженості ознак акцентуації характеру власне ступеня акцентуації (тобто більше 12 балів) сягала лише вираженість гіпертимності (12,63 ± 1,27 бали у хворих 1 групи і 12,59 ± 1,30 бали у хворих контрольної групи). Значною була вираженість екзальтованості (14,82 ± 1,49 бали у хворих 1 групи і 10,64 ± 1,06 бали у контрольній).

Отже, у хворих на АГ I ступеня найбільшої вираженості досягають афективні риси характеру — гіпертимні, екзальтовані і дистимні, а найменшої вираженості — демонстративні і педантичні акцентуовані риси характеру.

Серед хворих на АГ II ступеня переважали тривожні (47,80 % хворих 2 групи і 37,50 % — контрольної), дистимні (41,30 % хворих 2 групи і 31,30 % — контрольної) та екзальтовані особистості (4,30 % хворих 2 групи і 12,50 % — контрольної). Меншою мірою представлені збудливі і неврівноважені особистості (по 2,70 % хворих 2 групи і 4,50 % — контрольної). Крім цього, у хворих 2 групи визначався збудливий, циклотимний і екзальтований (1 хворий) тип акцентуації особистості. Гіпертимний, педантичний і неврівноважений типи акцентуації у хворих на АГ II ступеня виявити не вдалося.

При цьому у хворих на АГ II ступеня до середній вираженості акцентуованих рис власне ступеня акцентуації (тобто більше 12 балів) сягала лише вираженість тривожного типу (15,98 ± 1,60 бали у хворих 2 групи та 13,69 ± 1,37 бали у контрольній). Також значною була вираженість дистимних рис характеру (14,74 ± 1,50 бали у хворих 2 групи, 13,06 ± 1,31 бали у хворих контрольної).

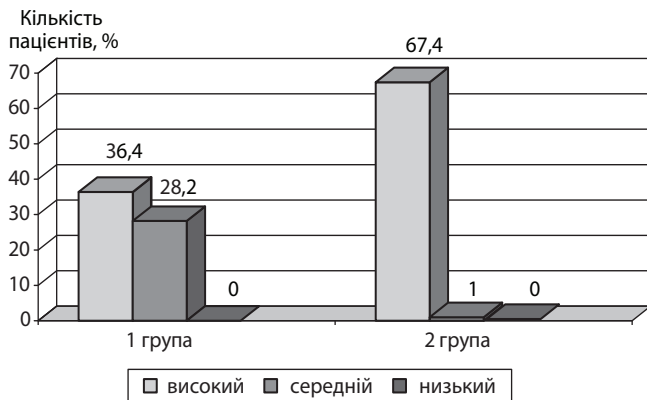
Отже, у хворих на АГ II ступеня, за даними аналізу, найбільшої вираженості досягають афективні риси характеру, тривожні та дистимні, а найменшої вираженості — демонстративні, педантичні і неврівноважені.

Таким чином, у хворих на АГ найчастіше спостерігаються дистимні риси характеру і не визначаються риси педантичності. Крім того, у хворих на АГ I ступеня переважають риси екзальтованого і гіпертимного типів, а у хворих на АГ 2 ступеня переважають риси тривожного типу. Гіпертимні риси були характерними лише для хворих на АГ I ступеня.

За даними особистісної шкали проявів тривоги Тейлора у хворих на АГ 1 групи високий рівень тривоги відзначався у 40 пацієнтів, що склало 36,40 % від кількості всіх хворих в групі. Середній (з тенденцією до високого) рівень

тривоги визначався у 31 пацієнта, 28,20 % від кількості всіх хворих в групі. Середній (з тенденцією до низького) рівень тривоги визначався в 1 пацієнта, що склало менше ніж 1,00 %. Серед хворих цієї групи низький рівень тривоги не виявлено.

У хворих на АГ 2 групи високий рівень тривоги визначався у 31 пацієнта (67,40 %). У 1 пацієнта визначався середній (з тенденцією до високого) рівень тривоги. Серед хворих цієї групи середній (з тенденцією до низького) і низький рівень тривоги не виявлено.



Діагностований рівень тривоги за клінічними групами

Отже, тривога виявлена в усіх обстежених хворих на АГ із непсихотичними тривожно-депресивними розладами. Найчастіше діагностуються високий і середній рівень тривоги.

У 9 пацієнтів контрольної групи з АГ I ступеня (що склало 56,30 % від кількості всіх хворих в цієї групі) визначався середній (з тенденцією до високого) рівень тривоги. Високий рівень тривоги визначався у 2 пацієнтів (12,50 %). Середній (з тенденцією до низького) рівень тривоги визначався у 5 пацієнтів (31,30 %). Серед хворих цієї групи низький рівень тривоги не виявлено.

У хворих контрольної групи з АГ II ступеня тривога була не високою. У 7 пацієнтів (31,80 %) визначався середній (з тенденцією до високого) рівень тривоги. Високий рівень тривоги визначався у 5 пацієнтів (22,70 %). Середній (з тенденцією до низького) рівень тривоги визначався у 2 пацієнтів (9,10 %). Найчастіше серед хворих цієї групи визначався низький рівень тривоги — у 8 пацієнтів (36,40 %).

Своєчасне виявлення і корекція цих розладів дозволила нам швидше досягти терапевтичного ефекту і прихильності хворого до лікування.

Нами була застосована сполучена когнітивно-поведінкова терапія та гіпноугестивна психотерапія. Психотерапевтичні заходи у хворих на АГ були орієнтовані на гіпотензивний та седативний ефект, а також мали мету зняття психопатологічних порушень.

Нами було проведено дослідження проблем психопатологічних розладів у хворих на АГ. На підґрунті аналізу дослідження нами було подано сучасні уявлення про психопатологічні розлади, які виражались в такому. У початковій стадії АГ психічні порушення є маловираже-

ними. Вони зводяться до появи астеничного симптомо-комплексу. На другій стадії розвитку АГ психопатологічні порушення набувають вираженішого характеру. У цей період особливо помітні тривожно-депресивні розлади. Найпоширенішими у хворих на АГ є психічні порушення у вигляді клінічно окреслених тривожних та депресивних розладів. Для багатьох пацієнтів характерна наявність преморбідного стану, що виражається в тому, що вони, з одного боку, відрізняються підвищеною тривожністю, емоційністю, а з іншого — стеничність, надзвичайно наполегливі й можуть дошкуляти близьким та оточуючим своїми нескінченними проблемами.

Нами запропонована система психотерапевтичних підходів до корекції тривожно-депресивних розладів у хворих на АГ. В обох групах обстежених були еліміновані астено-депресивний та тривожний синдроми; депресивно-іпохондричний синдром виявився більш стійким до психотерапевтичного впливу.

Найбільш ефективним було застосування сполученої когнітивно-поведінкової та гіпноугестивної психотерапії.

Список літератури

1. Александрова А. П. Психические нарушения при гипертонической болезни и других сосудистых заболеваниях / А. П. Александров. — М., 1960. — 125 с.
2. Жолондз М. Я. Новый взгляд на гипертонию: причины и лечение. 4 сенсации Жолондза / М. Я. Жолондз. — СПб.: Питер, 2010. — 192 с., ил. — (Серия «Семейный доктор»).
3. Незнанов Н. Г. Характер и особенности дезадаптивного поведения больных гипертонической болезнью / Н. Г. Незнанов, С. Л. Соловьёва, Е. А. Довлатянц // В сб. «Артериальные гипертензии. Актуальные вопросы патогенеза и терапии» / под ред. В. А. Алмазова, Е. В. Шляхто. — СПб., 1995. — С. 125—131.
4. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2003. — С. 23—28.
5. Тиганов А. С. Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга / А. С. Тиганов // Вопросы клиники и патогенеза психических нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга / под общ. ред. В. М. Банщикова. — М., 1963. — 160 с.
6. Шпак Л. В. Соотношение психогенных и соматогенных расстройств в кардиологии / Л. В. Шпак // 12-й съезд психиатров России: Материалы. — М., 1995. — С. 276.
7. Alexander F. Psychosocial Hypertension in Members of a Ustar Colony / F. Alexander // Prob. Soc. Exp. Biol. — 1974. — № 146. — P. 163—169.
8. Stress, physical activity and hypertension / [De Meirleir K., Buyens G., Cooman H., Block P.] // Acta Cardiol Suppl. — 1988. — № 29. — P. 29—36.
9. Jonas B. S. Negative affect as a prospective risk factor for hypertension / B. S. Jonas, J. F. Lando // Psychosom. Med. — 2000. — Vol. 62, № 2. — P. 188—196.

Надійшла до редакції 20.01.2016 р.

НИКОНЕНКО Вікторія Анатоліївна, лікар-психіатр психіатричного відділення Дніпропетровської обласної клінічної психіатричної лікарні, м. Дніпропетровськ, e-mail: ku4eryaha@yandex.ru

NIKONENKO Viktorya, Physician-psychiatrist of psychiatric Department of Dnipropetrovsk regional mental clinical hospital, Dnipropetrovsk; e-mail: ku4eryaha@yandex.ru