**Содержание**

Введение

Глава I. Психологические аспекты гипертонической болезни

1.1.Понятие и причины развития гипертонической болезни

1.2 Классификация и клиническая картина проявления гипертонической болезни

1.3 Факторы развития гипертонической болезни

1.4 Личностные особенности больных с гипертонической болезнью и реакция личности на болезнь

Выводы по главе I

Глава 2. Экспериментальное исследование гипертонической болезни

2.1 Методы диагностики больных с гипертонической болезнью

2.2 Анализ и оценка результатов исследования больных с гипертонической болезнью

2.3 Основные принципы психокоррекции личности при гипертонической болезни

Выводы по главе II

Заключение

Список литературы

**Введение**

Гипертоническая болезнь относится к числу психосоматических заболеваний, в развитии которой существенная роль отводится психотравмирующим факторам. Несмотря на успехи в лечении и профилактике гипертонической болезни за последние годы, она еще пока продолжает оставаться объектом прицельного исследования медицины и смежных с ней областей. За последнее десятилетие среди факторов риска все большее место в распространении сердечно-сосудистой патологии стали занимать социальные и психологические факторы.

К настоящему времени проблеме влияния типологических свойств личности и индивидуальной чувствительности к стрессу на формирование гипертонической болезни посвящено большое количество работ. Мелентьев А.С., Тябут Т.Д., Гнедов Д.А., Элашвили М.А. Оганов Р.Г., Винокур В.А установили взаимосвязь личностных особенностей и гиперфибриногенемии, повышающей риск развития гипертонической болезни в 2-3 раза. Гафаровым В.В., Гагулиным И.В., Чазовым Е.И. Выявлен рост показателей индекса стресса у населения, что способствует формировано артериальной гипертонии.

Исследователями установлено, что индивидуальная чувствительность к стрессу основана на высоком уровне личностной тревожности, фрустрированности, пессимистичности, интровертированности, а также гипостеническом типе реагирования.

Значительная часть работ посвящена изучению поведенческих («коронарный» тип, или тип А) и эмоциональных (тревога, депрессия) характеристик личности (Положенцев С.Д., Грекова Т.И., Березин Ф.Б., Кубзанский Л.Д., Шпак Л.В., Дэвидсон К., Соколов Е.И.). Однако до сих пор не уточнены индивидуально-типологические свойства лиц, наиболее подверженных влиянию стресса и склонных к формированию гипертонической болезни.

До сих пор остаются неразрешенными вопросы индивидуальных различий, таких как стереотипы поведения и основные свойства личности, влияющие на чувствительность к стрессу и увеличивающие риск возникновения гипертонической болезни. Вместе с тем, исследование этой проблемы является особенно **актуальной**, так как гипертоническая болезнь имеет высокий уровень распространенности.

Современные исследования в области психологии личности к настоящему времени обнаруживают два подхода к **проблеме** влияния индивидуально-типологических свойств личности на развитие гипертонической болезни. Один из подходов предполагает признание того, что изменение личности и заострение каких-либо ее свойств, происходит под непосредственным воздействием болезни и зависит от тяжести и течения патологического процесса (Клерссон П., Шпак Л.В.).

Другое направление основано на предпосылках о том, что определенные свойства личности могут способствовать формированию патологии различных органов и систем, в том числе вести к развитию гипертонической болезни (Березин Ф.Б., Мрочек А.Г., Гябут Т.Д., Соколов Е.И.).

Анализ исследований в области медицинской психологии, где сформировались наиболее стойкие и давние традиции изучения влияния личностных качеств и поведения на развитие гипертонической болезни позволил выделить ряд факторов, влияющих на развитие артериальной гипертонии.

Гипертоническая болезнь — нередко причина снижения трудоспособности населения, а в ряде случаев инвалидизации и смертности. Кроме того, она является фактором риска других сердечнососудистых заболеваний.

**Цель** исследования: Изучить личностные особенности больных с гипертонической болезнью

**Задачи исследования:** 1.Раскрыть понятие и причины развития гипертонической болезни

2.Раскрыть классификацию и клиническая картина проявления гипертонической болезни

3.Рассмотреть факторы развития гипертонической болезни

4.Изучить личностные особенности больных с гипертонической болезнью и реакция личности на болезнь

5. Подобрать методики для исследования личностных особенностей больных с гипертонической болезнью

6. Проанализировать полученные результаты исследования и сформулировать выводы.

**Объект исследования:** больные с гипертонической болезнью

**Предмет исследования:** Личностные особенности больных с

гипертонической болезнью

**Гипотеза исследования.** Существует взаимосвязь тяжести гипертонической болезни с функциональным состоянием и индивидуальными личностными особенностями гипертоников.

**Глава I. Психологические аспекты гипертонической болезни**

* 1. **Понятие и причины развития гипертонической болезни**

Гипертоническая болезнь(греч. hyper- + tonos напряжение; син.: эссенциальная артериальная гипертензия, первичная артериальная гипертензия) — распространенная болезнь неясной этиологии, основными проявлениями которой являются повышенное артериальное давление в частом сочетании с регионарными, главным образом церебральными, расстройствами сосудистого тонуса; стадийность в развитии симптомов; выраженная зависимость течения от функционального состояния нервных механизмов регуляции артериального давления при отсутствии видимой причинной связи болезни с первичным органическим повреждением каких-либо органов или систем. Последнее обстоятельство отличает гипертоническую болезньот симптоматических, или вторичных, артериальных гипертензий*.*

Распространенность гипертонической болезнив развитых странах высока, причем она выше у жителей крупных городов, чем среди сельского населения. С возрастом частота гипертонической болезниувеличивается, и у лиц старше 40 лет достигает в этих странах 20—25% при относительно равномерном распределении среди мужчин и женщин (по некоторым данным, у женщин гипертоническая болезньвстречается чаще).

По общепринятым в нашей стране (Г.Ф. Ланг и др.) [3, c. 120] и широко распространенным за рубежом представлениям, основным фактором, обусловливающим развитие гипертонической болезниявляется острое или длительное эмоциональное перенапряжение*.* В пользу этого представления свидетельствует большая распространенность гипертонической болезнисреди лиц, занятых трудом, требующим длительного и сильного психоэмоционального напряжения, а также среди населения крупных городов с присущим им ускоренным темпом жизни и обилием психических раздражителей. Пока неясно, почему воздействие этих факторов в одних случаях приводит к развитию гипертонической болезни, а в других к иным формам патологии.

Предполагается, что имеют значение определенные врожденные и приобретенные особенности организма (в т. ч. и особенности личности), а также некоторые воздействия внешней среды, предрасполагающие к развитию гипертонической болезни. Хотя гипертоническую болезньнельзя отнести к чисто наследственным заболеваниям, наследственное предрасположение к ее возникновению существует. Имеют значение и особенности функций эндокринной системы. Отмечено, что возникновение гипертонической болезнинередко сопряжено с периодами гормональных перестроек, что особенно проявляется при гипертонической болезни впервые возникающей у женщин в период климакса. Не исключено, что увеличение частоты гипертонической болезнис возрастом находится в какой-то связи с возрастными изменениями гормонального статуса, хотя повышению артериального давления (АД) в пожилом возрасте могут способствовать и другие причины, особенно развивающийся атеросклероз сосудов мозга и почек, снижение депрессорной функции барорецепторов аорты и синокаротидной зоны.

В целом представления об этиологии гипертонической болезниносят характер гипотез, поэтому о принадлежности гипертонической болезни к заболеваниям неустановленной этиологии остается обоснованным.

В патогенезе гипертоническй болезниведущим является нарушение высшей нервной деятельности, первоначально возникающее под влиянием внешних раздражителей и в дальнейшем приводящее к стойкому возбуждению вегетативных прессорных центров, что и вызывает повышение АД.

В начальном периоде гипертонической болезни формируется гиперкинетический тип кровообращения, характеризующийся повышением сердечного выброса при малом увеличении общего периферического сопротивления сосудов. В этот период происходит перенастройка барорецепторов синокаротидной зоны и дуги аорты на более высокий уровень стабилизации АД, что, по мнению П.К. Анохина, обеспечивает оптимум его регуляции в новых гемодинамических условиях. В более поздних стадиях гипертонической болезниутолщение стенок аорты и сонных артерий, уменьшение их эластичности приводят к уменьшению чувствительности барорецепторов и, следовательно, к снижению депрессорных реакций на повышение АД*,* что наряду с участием гуморальных прессорных факторов способствует развитию перманентной гипертонии артериол с устойчивым повышением периферического сопротивления кровотоку [7, c. 55].

Влияние центральной нервной системы на тонус артерий и артериол, а также на функцию миокарда опосредуется через симпатоадреналовую системуи реализуется возбуждением адренорецепторов сердца и сосудов. Уже в начальном периоде гипертонической болезни в патогенез включаются изменения со стороны гуморальных прессорных и депрессорных систем.

У ряда больных гипертонической болезньюусиливается выработка юкстагломерулярным аппаратом почек фермента ренина, который взаимодействует с одной из фракций а-2глобулинов крови и превращает ее в ангиотензин, обладающий выраженным прессорным действием. Возникающее в связи с повышением АД увеличение почечного кровотока ведет к возрастанию мочеотделения и экскреции ионов натрия. Потеря натрия стимулирует секрецию надпочечниками альдостерона — гормона, способствующего задержке натрия в тканях, в том числе в стенках артериол, что делает их особенно чувствительными к прессорным воздействиям. Возможны различные варианты взаимодействия гуморальных факторов в патогенезе гипертонической болезни.При повышении активности ренина в плазме крови преобладает вазоконстрикторная гипертензия. Если активность ренина низкая, в повышении АД существенную роль играет увеличение массы циркулирующей крови (гиперволемическая гипертензия), хотя и в этих случаях важное патогенетическое значение имеет патологическое повышение общего периферического сопротивления кровотоку. Стабильность и выраженность артериальной гипертензий при гипертонической болезнизависят и от состояния депрессорных систем, в том числе кининовой системы почек и крови, активности ангиотензиназы (фермента, инактивирующего ангиотензин) и почечных простагландинов. Гуморальные факторы приобретают наибольшее значение в патогенезе гипертонической болезни в период стабилизации артериальной гипертензии.

Функциональное (вазоконстрикция), а в дальнейшем и органическое (артериологиалиноз) сужение почечных артериол вызывает ишемию почек, что приводит к постоянному участию почечных факторов регуляции кровяного давления в повышении АД. Возрастают активность ренина и образование ангиотензина, секреция альдостерона, ведущая к задержке натрия в стенках артериол, и нередко включаются новые звенья патогенеза гипертензий, связанные с дисбалансом прессорных и депрессорных гуморальных влияний на сосудистый тонус. В стабилизации артериальной гипертензий может иметь значение и повышение прессорной активности гипоталамических структур под влиянием ишемии, связанной с вазоконстрикцией и ангиопатией сосудов головного мозга (цереброишемичесая гипертензия) [2, c. 63].

Устойчивое повышение АД создает нагрузку на левый желудочек сердца, что приводит к его гипертрофии, а также на механизмы регуляции регионарной, прежде всего церебральной, гемодинамики, перенапряжение которых становится причиной характерных для гипертонической болезницеребральных гипертонических кризов. Нарушение кровоснабжения органов (мозга, сердца, почек) приводит к развитию в них склероза и их функциональной недостаточности, что видоизменяет клиническую картину гипертонической болезни.

* 1. **Классификация и клиническая картина проявления гипертонической болезни**

**Клиническая картина**. Единственным проявлением гипертонической болезни на протяжении многих лет является повышение АД, что затрудняет раннее распознавание болезни.

Жалобы, с которыми больные обращаются к врачу в ранних стадиях болезни, носят неспецифический характер; отмечаются утомляемость, раздражительность, бессонница, общая слабость, сердцебиение. Позже у большинства больных появляются жалобы вначале на периодическую, затем частую головную боль, обычно утреннюю, типа «тяжелой головы», затылочной локализации, усиливающуюся в горизонтальном положении больного, уменьшающуюся после ходьбы, приема чая или кофе. Такого рода головная боль, характерная для больных гипертонической болезнью., наблюдается иногда и у лиц с нормальным АД. По мере прогрессирования гипертонической болезни в жалобах больных находят отражение острые гемодинамические расстройства в связи с появлением гипертонических кризов, а в периоде органных поражений преобладающими могут стать жалобы, связанные с формированием осложнений гипертонической болезни — дисциркуляторной *энцефалопатии,* ангиоретинопатии с расстройствами зрения, почечной недостаточности и т. д.

Течение гипертонической болезни характеризуется стадийностью в развитии артериальной гипертензии и симптомов регионарных расстройств кровообращения. С учетом этого предлагаются различные клин, классификации гипертонической болезни с выделением ее стадий, основанные на динамике как нескольких или даже одного признака — повышенного АД (напр., выделение стадий лабильной и стабильной гипертензии), так и совокупности клин, проявлений, соотносимых с возникновением и прогрессированием осложнений [18, c. 65].

По классификации гипертонической болезни выделяются следующие три стадии: I — функциональные изменения, II — начальные органические изменения, III. — выраженные органические изменения в органах, прежде всего в почках. В России по аналогичным принципам подразделение гипертонической болезни на три стадии было предложено ранее в классификациях, разработанных советскими исследователями, в том числе в получившей широкое применение классификации А.Л. Мясникова. Согласно этой классификации в течении гипертонической болезни выделяют три стадии, каждая из которых подразделяется на две фазы [18, c. 66-67].

**I стадия.** Фаза А — латентная: АД обычно нормальное и повышается лишь в момент эмоционального напряжения, под действием холода, боли и некоторых других внешних раздражителей. Фаза Б — транзиторная. АД

повышается периодически, гл. обр. под влиянием внешних раздражителей, и возвращается к нормальному уровню без лечения; гипертонические кризы наблюдаются редко. Иногда в этой стадии выявляют сужение мелких артерий

и расширение вен глазного дна. Признаки начальной гипертрофии левого желудочка сердца обнаруживаются только специальными методами исследования (эхокардиографически, рентгенологически). Изменения почек, головного мозга отсутствуют.

1. **I стадия**. Фаза А — лабильная гипертензия: АД постоянно повышено, но уровень его неустойчив, оно может нормализоваться под влиянием щадящего режима. Гипертрофиялевого желудочка сердца легко определяется по усилению верхушечного толчка, смещению левой границы кнаружи, по данным ЭКГ. На
2. глазном дне нередко выявляют извитость артерий и симптом перекреста I степени (сужение вены в месте ее перекрещивания с артерией). Чаще, чем в I стадии, возникают сосудистые кризы*.* Фаза Б — стабильная гипертензия: значительное и стойкое повышение АД, которое не снижается без медикаментозной терапии. Гипертонические кризы учащаются и протекают более тяжело. Признаки гипертрофии миокарда становятся более выраженными и сочетаются с признаками его дилатации. Второй тон сердца над аортой, как правило, усилен. Иногда над верхушкой сердца выслушивается систолический шум относительной недостаточности митрального клапана, обусловленной дилатацией левого желудочка или уменьшением тонуса. Систолический шум может определяться и над аортой, что связано с ее расширением, которое удается выявить перкуторно и рентгенологически. В ряде случаев удается обнаружить ретростернальную пульсацию, связанную с удлинением восходящего отдела грудной аорты. Нередко имеются признаки сопутствующего атеросклероза*.* Ангиопатия сетчатки резко выражена (артерии сужены, извиты, вены значительно расширены); отмечается симптом перекреста II—III степени (умеренное или значительное растяжение вены дистальнее и проксимальнее области перекреста с артерией и резкое сужение в месте перекрещивания с ней). Калибр артерий становится неравномерным, нередко они имеют вид «серебряной проволоки». В этой фазе болезни могут наблюдаться дистрофические изменения внутренних органов (в первую очередь мозга, сердца и почек) вследствие расстройств кровообращения в них.

**III стадия**. Фаза А — артериолосклеротическая компенсированная. АД стойко и значительно повышено, снижается только при использовании комбинаций антигипертензивных средств. Присоединяются признаки артериолосклероза почек (снижение концентрационной функции, уменьшение почечного кровотока, малая протеинурия и гематурия), кардиосклероза (приглушенность тонов сердца, выраженная его дилатация), склероза мозговых сосудов (снижение памяти, концентрации внимания, слабодушие и др.), но трудоспособность некоторых больных хотя бы частично сохранена. Фаза Б — артериолосклеротическая декомпенсированная, в том числе за счет осложнений. Характеризуется тяжелыми нарушениями функции внутренних органов, что делает больных полностью нетрудоспособными (почечная или сердечная недостаточность; тяжелая цереброваскулярная недостаточность, часто с очаговыми неврологическими нарушениями вследствие тромбозов или геморрагии; гипертоническая ангио-и нейроретинопатия). Следует иметь в виду, что возникновение инфаркта миокарда или ишемического инсультасамо по себе не является основанием для диагноза III стадии гипертонической болезни эти заболевания значительно чаще бывают проявлением атеросклероза (а не артериолосклеро-за) и могут развиться в любой стадии, а также при отсутствии гипертонической болезни.

В III стадии АД может быть несколько ниже, чем во II, вследствие снижения пропульсивной функции сердца («обезглавленная гипертензия») или нарушений мозгового кровообращения. Для обеих фаз III стадии характерны тяжелые изменения сосудов и нервных структур глазного дна. Могут наблюдаться массивные кровоизлияния в сетчатку, очаги плазморрагий или дистрофических изменений сетчатки. Некоторые артерии имеют вид «медной проволоки», что обусловлено выраженным гиалинозом их стенок.

Классификация гипертонической болезни по стадиям, и особенно по фазам, в известной мере условна, так как прогрессирование болезни может происходить разными темпами. По характеру прогрессирования симптомов гипертонической болезни и ее продолжительности выделяют четыре варианта течения: быстро прогрессирующий (злокачественный), медленно прогрессирующий; непрогрессирующий и вариант обратного развития. Дискутируется принадлежность к гипертонической болезни артериальной гипертензии со злокачественным течением. Для этой формы характерно быстрое прогрессирование, причем АД с самого начала заболевания стойко держится на высоких цифрах и часто имеет тенденцию к дальнейшему повышению; очень рано развиваются органические изменения, свойственные конечным стадиям гипертонической болезни (тяжелая нейроретинопатия, артериолосклероз и артериолонекроз в почках и других органах, сердечная недостаточность, нарушения мозгового кровообращения) Заболевание при отсутствии активного лечения заканчивается смертью больных через 1—2 года после появления первых симптомов Лечение может значительно затормозить развитие заболевания и даже, по данным ряда авторов, привести к переходу его течения в медленно прогрессирующее

Несмотря на то, что при гипертонической болезни поражаются сосуды всех областей, в клин симптоматике обычно преобладают признаки преимущественного поражения головного мозга, сердца или почек, что позволило Е.М Тарееву выделить три формы гипертонической болезни — церебральную, кардиальную и почечную В клин практике признаки поражения почек обнаруживаются обычно в III стадии и служат критерием диагностики скорее этой стадии, чем формы гипертонической болезни. Церебральные проявления гипертонической болезни относятся к наиболее частым Большинство гипертонических кризов, которые, начиная со II стадии болезни, наблюдаются у многих больных, являются церебральными ангиодистоническими кризами, характеризующимися обычно острым развитием либо ишемии головного мозга, либо так называемой гипертонической энцефалопатии Показано, что в основе последней, лежит гипотония артерий и вен мозга (ангиогипотонический церебральный криз), приводящая к перерастяжению внутричерепных вен и отеку мозга [14, c. 255]

Коронарный ангиоспазм как проявление гипертонической болезни трудно распознается из за частого ее сочетания с атеросклерозом коронарных артерий При ишемической болезни сердца внезапное и значительное повышение АД создает такие же условия для возникновения *стенокардии* напряжения, как и физическая нагрузка

* 1. **Факторы развития гипертонической болезни**

**Факторы, способствующие развитию гипертонической болезни.** Важнейший фактор риска гипертонической болезни — длительное психоэмоциональное напряжение. Однако нельзя не учитывать, что большинство людей регулярно подвергаются иногда значительному психоэмоциональному воздействию без развития гипертонической болезни Согласно исследованиям К. В. Судакова, лишь при слабости (врожденной или приобретенной) механизмов устойчивости и адаптации у человека под влиянием стресса возникают церебральные нарушения. Они могут проявиться в форме невроза или соматического заболевания, в частности гипертонической болезни [7, c. 75].

Большое значение в качестве фактора, предрасполагающего к развитию гипертонической болезни, имеет наследственность. Получены многочисленные данные о большой частоте гипертонической болезни среди родственников лиц с артериальной гипертензией. Важная роль наследственности в развитии гипертонической болезни была исследована Ю.В. Постновым, показавшего, что генетически обусловленное нарушение функции клеточных мембран с образованием «застойных» надпороговых концентраций свободного кальция в цитоплазме является той платформой, на которой реализуется действие других факторов риска [15, c. 378].

Особое внимание привлекает к себе, как фактор риска развития гипертонической болезни, повышенное потребление с пищей хлорида натрия.

Однако остается неясным, в какой степени и у кого избыточное потребление хлорида натрия оказывает патологическое влияние на уровень артериального давления (АД). Вероятно, этот фактор оказывает существенное влияние на регуляцию АД лишь у лиц с определенным наследственным фоном. Возможно, имеется слабость генетических механизмов, обусловливающих надежность адаптационно-приспособительных процессов в отношении солевых перегрузок. Систематическое и длительное употребление поваренной соли в этих условиях приводит к нарушению гуморальной регуляции водно-электролитного баланса, что проявляется в угнетении функционального состояния калликреинкининовой системы, в изменениях ренин — ангиотензин — альдостероновой и симпатико-адреналовой системы, а также стероидной функции надпочечников. Наиболее выраженные сдвиги касаются почечных гуморальных механизмов транспорта натрия и воды и снижения содержания натрийуретических простагландинов (ПГЕ2), что ведет к задержке этого катиона в организме [19, c. 27].

Гипернатриемия способствует увеличению объема циркулирующей крови, который не соответствует имеющемуся объему сосудистого русла и тем самым приводит к развитию артериальной гипертензии. При этом наблюдается также и повышение чувствительности артериол к прессорным агентам, что предрасполагает их к вазоспастическим реакциям. При избыточном потреблении поваренной соли нарушается равновесие между вне- и внутриклеточным содержанием натрия в сторону увеличения внеклеточного, что в свою очередь может изменить транспорт кальция через клеточные мембраны гладкой мускулатуры артериол и вторично влиять на ее тонус.

Но в то же время избыточное накопление натрия в организме приводит к повышению порога вкусовой чувствительности к соли. Это способствует потере контроля над потреблением поваренной соли в пище и тем самым замыкает порочный круг. Следует заметить, что эти изменения наиболее выражены у курящих людей и употребляющих алкоголь.

Напротив, снижение запасов натрия в организме вызывает снижение порога чувствительности к соли и обострению тем самым вкусовых ощущений. Это имеет большое практическое значение, так как позволяет эффективно использовать назначение бессолевой диеты, проводить терапию диуретиками и др.

Есть все основания считать избыточную массу тела фактором риска гипертонической болезни. В проспективных наблюдениях установлено, что у лиц, прибавляющих в массе, отмечается больший подъем АД по сравнению с теми, у которых масса тела не изменяется, тогда как при похудании выявляется снижение давления. При этом установлено, что риск развития артериальной гипертензии в 6 раз выше у тех, кто был «полным» Развитие артериальной гипертензии у лиц ожирением может быть связано с избыточным потреблением ими натрия, повышенной тубулярной реабсорбцией натрия вследствие нарастания у них уровня инсулина в крови, диспропорцией между увеличенным объемом крови и емкостью сосудов, повышением активности симпатической нервной системы и др.

Алкоголь также может рассматриваться как фактор риска гипертонической болезни. При этом прекращение потребления алкоголя приводит порой к значительному снижению повышенного уровня АД. В то же время убедительных данных, свидетельствующих о курении как факторе риска гипертонической болезни, пока нет. Однако, учитывая, что курение, несомненно, участвует в этиопатогенезе ИБС, облитерирующего-атеросклероза артерий нижних конечностей, рака легких и т. д., необходимо рассматривать эту вредную привычку как фактор, значительно отягощающий прогноз больных гипертонической болезнью.

Возможность вынашивания и рождения здорового ребенка для женщины, страдающей гипертонической болезнью, в наибольшей степени зависит от стадии артериальной гипертензии. При третьей (тяжелой) стадии гипертонии беременность абсолютно противопоказана [20, c. 82].

Любая стадия гипертонической болезни может оказать влияние на течение беременности. Поэтому беременная женщина должна немедленно обратиться не только к гинекологу, но и к кардиологу и регулярно посещать его. Кардиологическое обследование беременной с гипертонией включает в себя регулярное измерение артериального давления, проведение ЭКГ-исследования, раз в две недели делаются анализы мочи с определением белка.

При гипертонической болезни в 60% случаев беременность осложняется поздним токсикозом с тяжелой формой протекания. Беременная женщина страдает от головной боли, у нее могут проявляться нарушения зрения. Наиболее же грозными осложнениями артериальной гипертонии во время беременности являются кровоизлияние в мозг и отслойка сетчатки. Однако предупредить развитие осложнений гипертонии при беременности возможно при постоянном и тщательном наблюдении кардиолога и акушера-гинеколога, ведущего беременность. При повышении артериального давления, возникновении гипертонических кризов, признаков позднего токсикоза, стойком ухудшении самочувствия беременную женщину с гипертонией необходимо немедленно направить на лечение [24, c. 148].

Общие рекомендации все те же: полное или почти полное исключение поваренной соли из рациона, полноценное и легкое питание натуральными продуктами, регулярные прогулки, умеренная физическая активность, полноценный отдых и сон, благоприятная обстановка дома.

К факторам риска гипертонической болезни может быть причислена и гиподинамия. Длительное ограничение физической активности, особенно в среднем и пожилом возрасте, может приводить к различным проявлениям гипертензивного синдрома. Напротив, систематические физические тренировки больных гипертонической болезнью дают гипотензивный эффект. Объясняется это снижением уровня инсулина в плазме крови у тренирующихся больных и опосредованным усилением экскреции натрия почками. Немаловажную роль в снижении АД при тренировках играет уменьшение концентрации норадреналина и адреналина в плазме крови, а также периферического сопротивления (ПС) кровотоку.

Важнейшим фактором риска развития гипертонической болезни следует считать повышение АД в пределах «опасной зоны». Это подтверждается результатами наших длительных наблюдений.

Весьма серьезное влияние на развитие гипертонической болезни оказывает возраст. Небольшое повышение АД у молодых лиц в значительной степени является «физиологичным» и в последующем у них относительно редко развивается гипертоническая болезнь. Лица же более старших возрастных групп (старше 40 лет) даже при небольшом повышении АД, учитывая большую вероятность развития у них гипертонической болезни, нуждаются в проведении активных профилактических мероприятий [21, c. 15-17].

Оказалось также, что в тех случаях, когда имеется сочетание двух или нескольких факторов риска, угроза развития гипертонической болезни увеличивается.

До настоящего времени остается не вполне ясной роль шума и вибрации как фактора риска развития гипертонической болезни. Шум и вибрация не являются факторами, предрасполагающими к развитию гипертонической болезни, а лишь способствуют возникновению болезни у лиц с предгипертоническим состоянием. В связи с этим нецелесообразно допускать к работе, связанной со значительным шумом и вибрацией, лиц с АД в «опасной зоне».

Таким образом, гипертоническая болезнь и Профессиональная артериальная гипертензия часто встречаются у взрослого населения. Факторами, способствующими развитию гипертонической болезни, являются психоэмоциональное перенапряжение, беременность, отягощенная наследственность, повышенное потребление хлорида натрия с пищей, избыточная масса тела, АД в «опасной зоне», возраст старше 40 лет. Меньшее значение имеют такие факторы, как гиподинамия, потребление алкоголя, шум и вибрация. Указанные факторы требуют учета при построении индивидуального плана первичной профилактики гипертонической болезни и реабилитации больных.

* 1. **Личностные особенности больных с гипертонической болезнью и реакция личности на болезнь**

В настоящее время накоплено большое число клинических и экспериментальных данных, позволяющих говорить о том, что в возникновении, течении и исходе гипертонической болезни важную роль играют психоэмоциональные и социально-психологические факторы. В связи с этим для успешной реабилитации необходимо детальное знание личностных особенностей больных гипертонической болезнью. При этом особое значение имеют правильная диагностика и лечение психопатологических нарушений. Нередко врач оказывается в такой ситуации, когда успешно проводится медицинская реабилитация больного, достигнута нормализация АД, однако больной не испытывает облегчения, его постоянно волнуют тревожные мысли о течении и исходе гипертонической болезни, успехи терапии он считает временными. Иными словами, психологически больной остается в плену у болезни. Назначение в этих случаях психотропных препаратов с учетом ведущего психопатологического синдрома позволяет иногда значительно улучшить состояние больного даже без снижения АД [16, c. 10-12].

Раннее выявление психопатологических нарушений, их своевременная коррекция — важные факторы, определяющие успех реабилитационных мероприятий у больных гипертонической болезнью.

В структуре психических нарушений ведущее место занимают ипохондрический, тревожный, истерический и кардиофобический синдромы, тогда как другие синдромы (депрессивный, гипер- и гипостенический, психоорганический) отмечаются значительно реже.

Для ипохондрического синдрома характерно неоправданное беспокойство больных за свое здоровье. Они предъявляют множество жалоб на разнообразную по локализации и интенсивности головную боль, неприятные ощущения в области сердца и других частях тела, постоянно переоценивают тяжесть своего состояния. Отмечается явное несоответствие между числом и выраженностью жалоб и относительной незначительностью объективных изменений. Чрезмерная фиксация внимания на состоянии здоровья приводит к тому, что больной систематически контролирует пульс, АД, Часто обращается за помощью к специалистам различного профиля. Характерны недоверие к заключениям врача, а иногда и уверенность в их ошибочности.

Клиническими признаками тревожного синдрома являются прежде всего спонтанные жалобы или симптомы, выявляемые при расспросе: внутренняя напряженность, предчувствие надвигающейся беды, раздражительность, беспокойство, опасения за исход гипертонической болезни, тревога за благополучие семьи, страх перед инвалидностью, беспокойство за дела, оставленные на работе; поверхностный беспокойный сон с кошмарными сновидениями. Больной обычно просит назначить ему успокаивающие средства, повторно задает врачу вопросы о состоянии своего здоровья. Характерны озабоченное, тревожное лицо, «бегающие» глаза, суетливость и т. д.

Истерический синдром характеризуется демонстративностью, эгоцентризмом, патологическим стремлением привлечь внимание окружающих к себе, своему заболеванию. Имеется экстравагантность во внешнем виде, театральность в поведении. Нередко больные предъявляют жалобы на головную боль, неприятные ощущения в области сердца, чувство сдавления или комка в горле, часто возникающие обморочные состояния. Описывая собственные страдания они, как правило, разыгрывают спектакль, получая от этого явное удовольствие. Склонны к вытеснению из сознания переживаний, несоответствующих их оценкам, неспособны ставить и решать отдаленные задачи и др.

Кардиофобический синдром проявляется страхом перед осложнениями ГБ (инсульт, инфаркт миокарда и др.), внезапной смертью от сердечного приступа. Страх возникает или резко усиливается при физическом напряжении, при выходе за пределы дома или больницы. Чем дальше от пункта, где, по мнению больного, ему может быть оказана помощь, тем больше страх. Эти больные чрезмерно осторожны, особенно при участии в реабилитационных мероприятиях и необходимости систематического лечения.

При депрессии отмечают угнетенное, подавленное настроение, апатию, пессимизм, неверие в успех лечения и возможность благоприятного течения болезни. Мимика больного выражает печаль. На вопросы он отвечает односложно, речь и движения замедлены. Больной не может удержать слез при разговоре на волнующие его темы о здоровье, семье, заболевании и др. Могут отмечаться суточные колебания настроения с ухудшением во вторую половину дня. Нередко выявляется чувство неполноценности и собственной вины, в связи с чем под новым углом пересматривается вся жизнь. Кажется, что потеряно все ценное. У больных отмечается снижение памяти, усвоение нового затруднено, снижена умственная и физическая работоспособность [21, c. 90-93].

Следует отметить, что на выраженность психопатологической симптоматики значительное влияние оказывает характер течения болезни. Так, у больных гипертонической болезнью, имеющих наклонность к частым гипертоническим кризам, достоверно чаще диагностируют различные нарушения психического статуса. Напротив, у лиц со стабильным течением гипертонической болезни указанные изменения в виде ипохондрического, тревожного и истерического синдрома встречаются гораздо реже. Можно полагать, что частые колебания АД способствуют развитию невротических реакций у больных гипертонической болезнью, что в свою очередь снижает их готовность следовать советам врача.

У больных гипертонической болезнью с кардиалгией также более выражена психопатологическая симптоматика преимущественно в виде ипохондрического, тревожного и истерического синдрома.

Неблагоприятное влияние на психический статус больных гипертонической болезнью оказывает климакс. В частности, у женщин в климатическом периоде повышается наклонность к частым гипертоническим кризам. Вегетативный и гормональный дисбаланс способствует появлению у них разнообразных жалоб (боль в области сердца, одышка, головокружение, головная боль и др.). Это приводит в свою очередь к выраженной невротизации больных, психопатологическим изменениям личности.

Между соматическим и психическим статусом больных гипертонической болезнью имеется отчетливая связь (Волков В. С, Цикулин А. Е.) [7, c. 88]. Так, в частности, при изучении особенностей личности больных гипертонической болезнью в зависимости от уровня ФРС установлено, что у лиц с низкой толерантностью к физической нагрузке имеются более значимые отклонения в психическом состоянии. Напротив, у пациентов с высокой ФРС невротические нарушения встречаются довольно редко. Можно полагать, что изменения в психическом статусе больных, особенно повышенная тревожность, осторожность и чрезмерное внимание к своему здоровью, способствуют ограничению их двигательной активности, приводят к детренирован-ности и уменьшению ФРС. В связи с этим есть основания полагать, что целенаправленные занятия ЛФК в сочетании с психотерапевтическими мероприятиями приведут к более быстрому восстановлению ФРС у больных гипертонической болезнью.

У лиц с профессиональной артериальной гипертензией и больных гипертонической болезнью наиболее часто выявляют следующие черты характера: гипертимность, стеничность, демонстративность, психастеничность и реже интравертированность, циклоидность и ригидность.

Гипертимные личности характеризуются постоянно приподнятым настроением, многообразием интересов, высокой активностью, выносливостью и работоспособностью. Они непринужденны в общении, легко принимают решения и без труда выходят из сложных жизненных ситуаций. Быстро откликаются на все новое, проявляя при этом предприимчивость и энергичность. Они нередко симпатичны, привлекательны, отзывчивы и часто вызывают восхищение. Вместе с тем они бесцеремонны, назойливы и не всегда достаточно щепетильны в вопросах морали.

При стенических чертах характера превалируют решительность, упорство и честолюбие. Борьба за выполнение далеко идущих планов подстегивает больных, постоянно держит в напряжении. Они самоуверенны, не любят соглашаться с мнением других, придирчивы и агрессивны. Свои ошибки стараются не замечать, склонны в них обвинять окружающих людей. Предпочитают руководить, причем являются хорошими организаторами, требовательны, способны настоять на своем и обеспечить выполнение решений. Своим достаточно постоянным увлечениям отдают все силы и свободное время.

Демонстративные личности испытывают потребность в постоянном общении, стараются все время находиться в центре внимания окружающих, не переносят безразличия и равнодушия. Им свойственны повышенная внушаемость, эмоциональная неустойчивость, большая выразительность, иногда позерство. Стремятся привлечь к себе внимание экстравагантностью во внешнем виде, жизненном укладе. Принимают иногда опрометчивые, необдуманные решения, неспособны ставить отдаленные цели, легко меняют установки и интересы. В обществе могут производить впечатление блестящих людей, оживляют любую компанию. Предпочитают работу, связанную с постоянным общением с людьми, одиночество не переносят. Склонны к вытеснению из сознания переживаний, несоответствующих их оценкам. Психастеничные личности обычно впечатлительны, неуверенны в своих силах, боязливы. Они с трудом принимают решения, часто перепроверяют себя, стремятся быть во всем точными и скрупулезными. Вместе с тем постоянно находят поводы для сомнения в правильности своих действий. Неуверенно чувствуют себя в новой ситуации, в необычной роли, предстоящие трудности значительно преувеличивают. Отличаются повышенной ответственностью, исполнительностью, стойкостью морально-этических устоев. Они обычно сдержанны, склонны к подавлению внешних проявлений эмоций. У лиц с профессиональной артериальной гипертензией и больных с лабильной артериальной гипертензией обычно сочетается; несколько черт характера, иногда противоположным (например, стеничность и психастеничность), что можем свидетельствовать о дисгармоничности их личности [14, c. 317]

По мере нарастания тяжести заболевания отчетливо уменьшается стеничность, гипертимность, демонстративность и увеличивается частота таких характерологических особенностей, как интравертированность, психастеничность, циклоидность и ригидность.

Для интравертированных личностей характерны замкнутость, сдержанность, малая общительность. Они живут своими, иногда необычными увлечениями и интересами. Неспособны устанавливать с окружающими контакты и тяжело это переживают. Обладают повышенной чувствительностью, ранимостью, что способствует еще большему их «уходу в себя». Замкнутость у них сочетается с недостаточной интуицией, неумением тонко ориентироваться в ситуации. Они неспособны к сопереживанию, что создает впечатление их холодности и черствости. Недоступность их внутреннего мира и сдержанность чувств делают непонятными и неожиданными некоторые их поступки. Свойственное им чудачество никогда не служит для привлечения всеобщего внимания. Мышление у них отличается оригинальностью, способны к нестандартному, парадоксальному подходу при решении задач, проявляют интересе к абстрактным проблемам, что обусловливает их успехи в области теоретических дисциплин.

Циклоидные личности — открытые натуры, с ними легко устанавливается эмоциональный контакт. Они любят общество и тяготятся одиночеством. Для окружающих они приятны и легки в общении. Чутко Я реагируют на отношение к себе других лиц и свое поведение строят с учетом этого. Склонны к изменениям настроения, которое проявляется либо затяжной субдепрессией, либо колебаниями аффекта. Это может быть связано с определенными временами года или суток. Снижение настроения часто воспринимается как соматическое неблагополучие или усталость. Напротив,при повышенном настроении возникает ощущение полного здоровья и расцвета сил.

Для ригидных личностей характерны возможность аффекта, обстоятельность, мелочность, отсутствие гибкости в поведении, упрямство. Они нередко неуживчивы из-за постоянной готовности к критике окружающих. В то же время они принципиальны, чувствительны к несправедливости, пунктуальны и любят во всем строгий порядок [8, c. 173-175].

С прогрессированием болезни у больных гипертонической болезнью чаще встречаются психастеничные черты характера с постоянной тревожностью, неуверенностью в своих силах, нарастают трудности в принятии решений с частыми сомнениями в правильности своих действий. Одновременное нарастание циклоидных черт характера приводит к длительным изменениям настроения больных с нарушением адаптации к окружающей обстановке.

Особенности личности и отношение к заболеванию больных, согласившихся и отказавшихся от участия в реабилитационных мероприятиях. Проведенные многочисленные исследования показали, что больные гипертонической болезнью, согласившиеся и отказавшиеся от лечения, имеют в целом сходную клиническую картину, болезни и мало отличаются по величинам АД, характеру течения АГ, длительности болезни и т. д. Это обстоятельство позволяет предположить, что причина отказа пациентов от предлагаемой терапии лежит в их поведенческих особенностях и восприятии заболевания, отношении их к различным терапевтическим рекомендациям (Шхвацабая И. К.) [13, c. 175-178]. Выяснение этих факторов имеет важное практическое значение, так как открывает новые подходы к проведению психокорригирующей работы, а также повышает готовность больных следовать советам врача.

В то время как пациенты, отказавшиеся от терапии, более демонстративны, общительны, эмоционально неустойчивы, они часто преувеличивают свои возможности и у них имеется тенденция к экстравагантности во внешнем виде и жизненном укладе. Одновременно они агрессивны, решительны, упорны в достижении своих целей и честолюбивы. Таким образом, у таких больных отмечено сочетание некоторых противоположных личностных черт, что может свидетельствовать о дисгармоничности их психического статуса.

Больные, согласившиеся на реабилитационное лечение, реже отрицательно относятся к необходимости систематического приема лекарственных препаратов, соблюдению бессолевой диеты и занятиям ЛФК. Напротив, больные, отказавшихся от терапии, отрицательное отношение к перечисленным выше лечебным мероприятиям.

При изучении «внутренней картины» болезни отмечено, что у больных согласившиеся на реабилитационное лечение чаще встречается гармонический тип восприятия гипертонической болезни. Этот факт свидетельствует о трезвой оценке больными своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и видеть все в мрачном свете. Больные активно содействуют успеху лечения, систематически придерживаются врачебных назначений (бессолевая диета, занятия ЛФК, прием гипотензивных препаратов и др.). В случае неблагоприятного прогноза (например, инвалидность) они переключают свои интересы на те области жизни, которые им остаются доступными. Больные, согласившиеся на лечение, склонны объяснять свои проблемы и конфликты состоянием здоровья. По данным Р.В. Рожанца и соавт., они отличаются целенаправленностью и устойчивостью поведения и высокой активностью в сотрудничестве с врачом [19, c. 55].

У них значительно реже зарегистрирован тревожный, неврастенический, ипохондрический и анозогнозический вариант реакции на заболевание. Больным, отказавшимся от реабилитации свойственна тревожная реакция на болезнь, у них типичны постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения гипертонической болезни, возможности осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Больные постоянно ищут новые способы терапии, интересуются дополнительной информацией о болезни, часто обращаются за помощью к участковому врачу, консультируются у других специалистов. В отличие от больных с ипохондрическим вариантом их больше интересуют объективные данные о болезни, результаты анализов, дополнительных исследований, чем собственные ощущения. Поэтому они предпочитают больше слушать объяснения врача, чем без конца предъявлять жалобы. Обычно эта реакция на болезнь встречается у больных при наличии синдрома тревоги.

Ипохондрический тип отношения к болезни характеризуется сосредоточенностью больных на субъективных ощущениях. Пациент стремится постоянно рассказывать окружающим о своих страданиях, занимается выискиванием у себя несуществующих болезней. Стремление лечиться сочетается у них с неверием в успех терапии, преувеличением побочного действия лекарственных препаратов и лечебно-диагностических процедур. Нередко этот вариант реакции на болезнь является составной частью ипохондрического синдрома.

Для неврастенического типа характерно поведение больного по типу раздражительной слабости. Вспышки гнева, особенно при ухудшении течения гипертонической болезни, неудачах в лечении, обрушиваются на первого встречного и завершаются потом раскаянием и слезами. Больные обычно не переносят болевых ощущений, неспособны ждать облегчения, нетерпеливы. Они конфликтны, но сохраняют критику к своим поступкам.

Анозогнозический вариант обусловлен активным отбрасыванием мыслей об имеющейся артериальной гипертонии и возможных ее последствиях. Симптомы гипертонической болезни больные объясняют наличием других несерьезных заболеваний. Они отказываются от тщательного обследования и предложенной терапии, избегают посещений врача.

Другие варианты отношения к артериальной гипертонии (обсессивно-фобический, эйфорический, паранойяльный) отмечались у обследованных больных гипертонической болезнью значительно реже [7, c. 100-107].

Таким образом, больные гипертонической болезнью и лица с профессиональной артериальной гипертензией, согласившиеся на лечение, в основном адекватно воспринимают свою болезнь, готовы к выполнению рекомендаций врача по систематическому применению гипотензивных препаратов, бессолевой диеты, ЛФК и других назначений. Повышенное АД реже вызывает у них тревогу, раздражительность, неустойчивость эмоционального состояния и жалобы ипохондрического плана. Напротив, у лиц, отказавшихся от терапии, доминирует выраженная тревога в отношении прогноза и исхода гипертонической болезни. Они постоянно сомневаются в эффективности терапии, ее целесообразности, нередко обращаются к различным специалистам в поисках новых способов лечения и для получения дополнительной информации о болезни. Гипертонические кризы обычно способствуют у них повышению раздражительности, конфликтности и затрудняют межличностные контакты, особенно с медицинскими работниками [12, c. 232-235].

Больные, отказавшиеся от лечения, значительно чаще испытывают выраженную неудовлетворенность служебным положением и семейными отношениями. Однако они склонны отрицать какие-либо затруднения в межличностных отношениях или в контроле собственного поведения, часто имеют неправильную самооценку. Причем желание добиться благожелательного к себе отношения сочетается у них с беспокойством, неуверенностью в себе и выраженными симбиотическими тенденциями. Их отличают высокая сензитивность, неудовлетворенность существующей ситуацией, тенденция к самоутверждению, подозрительность, упрямство, агрессивность, склонность к независимости, враждебное и критическое отношение к окружающим. Эти личностные особенности, как правило, не осознаются больными и находят в их представлениях рациональное объяснение, поэтому необходимо наметить более дифференцированные подходы к психотерапии, направленные прежде всего на больных гипертонической болезнью, которые потенциально могут отказаться от лечения. При этом также необходимо уделять внимание больным, посещающим поликлиники. Тактика беседы врача с больным артериальной гипертензией (независимо от его личностных особенностей) должна быть ориентирована на лиц, которые, согласно мнению терапевта, менее всего расположены к лечению. Необходимо внимательное, недирективное отношение к больному, предоставление ему возможности свободно изложить свои проблемы без жесткой регламентации времени и круга обсуждаемых вопросов. При возникновении угрозы разрыва контакта с больным важно терпеливо выслушать мотивы отказа от лечения. На примерах из клинической практики довести до его сознания, что такими действиями он наносит вред своему здоровью. В связи с особенностями личности и актуальным психическим состоянием больных артериальной гипертензией на начальных этапах лечения иногда целесообразно назначить психотропные препараты. Они позволяют обеспечить достаточно быструю положительную динамику психического статуса и повысить готовность больных следовать советам врача [15, c. 490-493].

**Выводы по главе I**

Гипертоническая болезнь заслуживает самого серьёзного внимания особенно потому, что она ведёт к сильному понижению, а иногда и к потере умственной и физической работоспособности в зрелом возрасте, когда человек может принести максимальную пользу обществу. Кроме того, гипертоническая болезнь является одной из основных помех здорового долголетия.

О роли нервных механизмов в происхождении гипертонической болезни свидетельствуют следующие факты: в подавляющем большинстве случаев у больных удаётся установить в прошлом, до начала болезни, наличие сильных нервных стрессов, частых волнений, психических травм. Опыт показывает, что гипертоническая болезнь значительно чаще встречается у людей, подверженных многократным и длительным нервным перенапряжениям. Таким образом, огромная роль нарушений нервно-психической сферы в развитии гипертонической болезни является бесспорной. Конечно, имеют значение особенности личности и реакция нервной системы на внешние воздействия.

Раннее выявление психопатологических нарушений, их своевременная коррекция — важные факторы, определяющие успех реабилитационных мероприятий у больных гипертонической болезнью.

У больных гипертонической болезнью с кардиалгией также более выражена психопатологическая симптоматика преимущественно в виде ипохондрического, тревожного и истерического синдрома.

У лиц с профессиональной артериальной гипертензией и больных гипертонической болезнью наиболее часто выявляют следующие черты характера: гипертимность, стеничность, демонстративность, психастеничность и реже интравертированность, циклоидность и ригидность.

Определённую роль в возникновении болезни играет и наследственность. В известных условиях способствовать развитию гипертонической болезни могут также нарушения питания; имеет значение пол, возраст. Подъёмы артериального давления могут наблюдаться у женщин во время беременности, что может привести к серьёзным осложнениям во время родов. Способствовать развитию гипертонической болезни может атеросклероз мозговых сосудов, особенно если он поражает определённые отделы, ведающие регуляцией сосудистого тонуса.

Таким образом, указанные факторы требуют учета при построении индивидуального плана первичной профилактики гипертонической болезни и реабилитации больных.

**Глава 2. Экспериментальное исследование гипертонической болезни**

**2.1 Методы диагностики больных с гипертонической болезнью**

В целях решения сформулированных в работе задач было проведено обследование пациентов обоего пола в возрасте от 25 до 75 лет. В исследовании приняло участие 30 человек, которые были разделены на две группы:

группа 1 – контрольная, в которую вошли 15 здоровых испытуемых: из них 6 женщин и 9 мужчин (средний возраст – 51,5 лет). В группу здоровых испытуемых были включены люди, у которых отсутствовали хронические и острые соматические заболевания и заболевания нервной системы, психическое здоровье и давшие согласие на участие в исследовании.

группа 2 – основная, в которую вошли 15 больных гипертонической болезнью: из них 6 женщин и 9 мужчин (средний возраст – 48,9 лет). У всех больных гипертоническая болезнь протекала с кризами. Среди мужчин у 2 была диагностирована гипертоническая болезнь I стадии, у 2 – гипертоническая болезнь II, а у 5 – III стадия гипертонической болезни. Среди женщин гипертоническая болезнь I стадии имелась у 2, у одной – II стадия гипертонической болезни, а у 3-х - гипертоническая болезнь III стадии. Всем больным проводилось всестороннее клиническое обследование при поступлении в кардиологические отделения, а также в неврологическое отделение Городской клинической больницы № 55 г. Москва.

Схема построения эксперимента приведена в таблице 1.

#### **Таблица 1**

**Схема построения эксперимента в группе больных гипертонической болезнью**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Методы исследования | Возраст | Группа больных | Здоровые |
| Типологический опросник Г.Ю. Айзенка | 25-75 | 15 | 15 |
| Шестнадцатифакторный личностный опросник Кеттелла | 25-75 | 15 | 15 |
| Диагностика уровня личностной фрустрации (Бойко) | 25-75 | 15 | 15 |
| Эмоциональное выгорание (Бойко) | 25-75 | 15 | 15 |
| Социальная дезадаптация Лири | 25-75 | 15 | 15 |

Для статистической обработки результатов исследования использовалась статистический методы: сравнительный анализ по U критерию Манна-Уитни-Вилкоксона, качественный анализ.

**2.2 Анализ и оценка результатов исследования больных с** **гипертонической болезнью**

Клинические методы исследования заключались в общеклиническом, кардиологическом и неврологическом осмотрах. Учитывались данные анамнеза, наследственность, перенесенные ранее и сопутствующие заболевания, частота нервных стрессов, вредные привычки, беременность, приверженность к лечению гипертонической болезни и контролю уровня артериального давления. Изучение состояния сердечно-сосудистой системы включало в себя контроль артериального давления.

Психологическое исследование включало в себя:

1. Выявление экстравсрсии-интроверсии, оценку эмоциональной стабильности-нестабильности (нейротизма);

2. Оценку индивидуально-психологических особенностей личности;

3. Выявление уровня личностной фрустрации и уровня проявления эмоционального выгорания;

4. Исследование механизмов социальной дезадаптации.

Важнейшей составляющей гипертонической болезни являются эмоциональные нарушения. В нашей работе оценивались особенности личности больных гипертонической болезнью с помощью следующих составляющих: экстраверсия-интроверсия (Опросник Айзенка), индивидуально-психологических особенностей личности (Опросник Кеттела), выявление уровня личностной фрустрации и уровня проявления эмоционального выгорания (Методики Бойко), исследование механизмов социальной дезадаптации (Методика Лири).

**Типологический опросник Г.Ю. Айзенка (Опросник EPI).** Опросник EPI содержит 57 вопросов, 24 из которых направлены на выявление экстравсрсии-интроверсии, 24 других - на оценку эмоциональной стабильности-нестабильности (нейротизма), остальные 9 составляют контрольную группу вопросов, предназначенную для оценки искренности испытуемого, его отношения к обследованию и достоверности результатов.

**Шестнадцатифакторный личностный опросник Кеттелла.** Опросник Кеттела является одним из наиболее распространенных анкетных методов оценки индивидуально-психологических особенностей личности как за рубежом, так и у нас в стране. Он разработан по руководством Р.Б. Кеттела и предназначен для написания широкой сферы индивидуально-личностных отношений.

**Диагностика уровня личностной фрустрации (Бойко).** Методика направлена на эмоционально-отрицательное переживание человеком какой-либо неудачи, неудачи, утраты, крушением надежд, сопровождаемое чувством безысходности, тщетности прилагаемых усилий.

**Эмоциональное выгорание (Бойко).** Измерение уровня проявления эмоционального выгорания – механизма психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

**Социальная дезадаптация Лири.** Методика создана Т. Лири, Г. Лефоржем, Р. Сазеком в 1954 г. и предназначена для исследования представлений субъекта о себе и идеальном"Я", а также для изучения взаимоотношений в малых группах. С помощью данной методики выявляется преобладающий тип отношений к людям в самооценке и взаимооценке.

На первом этапе испытуемые контрольной и основной групп прошли клиническое исследование.

Важным этапом нашего исследования являлось исследование анамнеза, позволяющее оценить роль факторов, принимающие наиболее значимое участие в формировании гипертонической болезни. Учитывались следующие показатели анамнеза: наследственность, перенесенные ранее и сопутствующие заболевания, частота нервных стрессов, вредные привычки, беременность, приверженность к лечению гипертонической болезни и контролю уровня артериального давления. Изучение состояния сердечно-сосудистой системы включало в себя контроль артериального давления.

По результатам данных сбора анамнеза были выявлены следующие показатели:

**Таблица 2**

**Сравнительный анализ анамнестических данных здоровых и больных гипертонической болезнью**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группы | Наследствен ность | Перенесенные, сопутствующие заболевания | Нервные стрессы | Вредные привычки | Беременность | Приверженность к лечению болезни | Контроль уровня АД |
| Контрольная (здоровые) | 4 | 26,8% | 4 | 26,8% | 7 | 46,9% | 9 | 60,3% | 1 | 6,7% | 1 | 6,7% | 2 | 13,4% |
| Основная (больные гипертонической болезнью) | 6 | 40,2% | 9 | 60,3% | 12 | 80,4% | 8 | 53,6% | 2 | 13,4% | 10 | 67% | 15 | 100% |

На основании данных таблицы построим график сравнительного анализа анамнестических данных здоровых и больных гипертонической болезнью

Сопоставление анамнестических данныхиспытуемых основной и контрольной групп установило достоверно более высокую степень стрессовой нагрузки. При статистической достоверности различий (p<0,05) в группе гипертонических больных она составляла 80,4%, т. е. достоверно выше, чем у здоровых 46,9%. В 53,6% в основной группе, т. е. меньше, чем у здоровых 60,3% (p<0,05) был установлен факт вредных привычек. При исследовании наследственной предрасположенности было показано ее достоверное преобладание в группе больных гипертонической болезни (40,2%) по сравнению с соответствующими показателями у здоровых (наследственная предрасположенность 26,8%) (p<0,05).

При поступлении больных гипертонической болезнью в приемный покой больницы, у больных отмечались следующие показатели артериального давления.

График показателей АД в группе больных гипертонической болезнью.

Клиническая оценка степени тяжести заболевания

|  |  |
| --- | --- |
| Степень тяжести заболевания | Проценты |
| Гипертоническая б-нь 1ст. | 27,8 |
| Гипертоническая б-нь 2 ст. | 20,1 |
| Гипертоническая б-нь 3 ст., риск 4. | 53,6 |

Сопутствующие психовегетативные симптомы

|  |  |
| --- | --- |
| Психовегетативные симптомы | Проценты |
| Астения | 26,8 |
| Головные боли | 80,4 |
| Психо-эмоциональное напряжение | 53,6 |
| Пониженное настроение | 67 |
| Депрессия | 33,5 |

На втором этапе испытуемые контрольной и основной групп прошли психологическое исследование.

**Таблица 3**

**Результаты исследования по типологическому опроснику Г.Ю. Айзенка (см. Приложение 1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группы | Экстраверсия-интроверсия | Эмоциональная стабильность-нестабильность (нейротизм) |
| экстраверты | интроверты | стабильность | нестабильность |
| Контрольная (здоровые) | 10 | 67 | 5 | 33,5 | 9 | 60,3 | 6 | 40,2 |
| Основная (больные гипертонической болезнью) | 6 | 40,2 | 9 | 60,3 | 5 | 33,5 | 10 | 67 |

Результаты таблицы отразим графически

В результате тестирования контрольной и основной групп по методике Айзенка было выявлено, что в основной группе преобладают испытуемые с интровертируемым типом личности (60,3% при р<0,05) и нестабильным эмоциональным состоянием (67% при р<0,05), то есть отмечался повышенный уровень невротизации.

**Таблица 4**

Результаты исследования личности с помощью 16 - факторного

опросника Кеттела (форма С)

Контрольная группа (здоровые)

|  |  |
| --- | --- |
| Статистический показатель | Шкалы |
|  | A | B | C | E | F | G | H | I |
| M | 7,5 | 4,1 | 9,3 | 5,8 | 4,6 | 8,4 | 6,2 | 6,3 |
| s | 1,4 | 2,4 | 1,6 | 1,3 | 1,6 | 2,5 | 1,7 | 2,5 |
| m | 0,13 | 0,12 | 0,19 | 0,17 | 0,20 | 0,14 | 0,23 | 0,13 |

|  |  |
| --- | --- |
| Статистический показатель | Шкалы |
|  | L | M | N | O | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| M | 4,1 | 6,6 | 5,7 | 5,8 | 7,6 | 6,0 | 8,3 | 4,8 |
| s | 1,4 | 2,5 | 2,5 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 1,1 | 2,1 |
| m | 0,139 | 0,16 | 0,13 | 0,17 | 0,14  | 0,16 | 0,12  | 0,22 |

В обеих таблицах M – среднее арифметическое; s - среднеквадратичное отклонение; m - ошибка репрезентативности.

|  |  |
| --- | --- |
| Фактор | Шкальные оценки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| «Сырые» оценки |
| MD  | 0-1 | 2-3 | 4-5 | 6 | 7 | 8 | 9-10 | 11 | 12 | 13-14 |
| А  | 0-4 | 5 | 6 | - | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| В  | 0 | 1-2 | - | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | - | 8 |
| С  | 0-5 | 6 | 7 | 8 | 9 | - | 10 | - | 11 | 12 |
| Е  | 0-2 | 3 | 4 | 5, | 6 | - | 7 | 8 | 9-10 | 11-12 |
| F  | 0-1 | 2 | 3 | 4 | - | 5 | 6 | 7-8 | 9 | 11-12 |
| G  | 0-2 | 3-4 | 5 | 6-7 | 8 | 9 | 10 | - | 11 | 12 |
| Н  | 0-2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11-12 |
| I  | 0-1 | 2 | 3 | 4 | 5-6 | 7 | 8 | 9-10 | 11 | 12 |
| L  | 0-1 | 2 | - | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8-9 | 10-12 |
| М  | 0-1 | 2 | 3-4 | 5 | 6 | 7-8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| N  | 0 | 1 | 2-3 | 4 | 5 | 6-7 | 8 | 9-10 | 11 | 12 |
| О  | 0-1 | 2 | 3-4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11-12 |
| Q,  | 0-2 | 3-4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Q2  | 0-1 | 2 | 3 | 4-5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11-12 |
| Q3  | 0-4 | 5 | 6 | 7 | 8 | - | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Q4  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5-6 | 7 | 8-9 | 10 | 11-12 |

**Основная группа (больные гипертонической болезнью)**

|  |  |
| --- | --- |
| Статистический показатель | Шкалы |
|  | A | B | C | E | F | G | H | I |
| M | 3,3 | 4,1 | 6,9 | 4,2 | 5,8 | 8,6 | 7,2 | 8,6 |
| s | 1,9 | 1,4 | 2,7 | 2,9 | 1,9 | 1,7 | 1,6 | 1,7 |
| m | 0,15 | 0,12 | 0,19 | 0,17 | 0,25 | 0,15 | 0,24 | 0,16 |

|  |  |
| --- | --- |
| Статистический показатель | Шкалы |
|  | L | M | N | O | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 |
| M | 3,8 | 6,9 | 5,3 | 7,4 | 6,6 | 5,6 | 6,1 | 7,0 |
| s | 2,7 | 1,5 | 2,6 | 1,7 | 1,9 | 1,8 | 1 5 | 2,1 |
| m | 0,15 | 0,16 | 0,15 | 0,18 | 0,15 | 0,18 | 0,14 | 0,24 |

В обеих таблицах M – среднее арифметическое; s - среднеквадратичное отклонение; m - ошибка репрезентативности.

|  |  |
| --- | --- |
| Фактор  | Шкальные оценки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| «Сырые» оценки |
| MD | 0-3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12-14 |
| А | 0-4 | 5 | 6 | - | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| В | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | - | 6 | 7 | 8 |
| С | 0-1 | 2 | 4 | 5-6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Е | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5-7 | 8 | 9 | 10 | 11-12 |
| F | 0-1 | 2 | 3 | 4 | 5-6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11-12 |
| G | 0-4 | 5 | - | 7 | - | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Н | 0-3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| I | 0-4 | 5 | 6 | 7 | - | 8 | 9- | 10 | 11 | 12 |
| L | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6-7 | 8 | 9-10 | 11-12 |
| М | 0-3 | 4 | - | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11-12 |
| N | 0 | 1 | 2 | 3 | 4-5 | 6-7 | 8 | 10 | 11 | 12 |
| О | 0-3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Q1 | 0-2 | 3 | 4 | 5 | 6-7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Q2 | 0-1 | 2 | 3 | 4 | 5-6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11-12 |
| Q3 | 0-2 | 3 | 4 | - | 5 | 6 | 7 | 8 | 9-10 | 11-12 |
| Q4 | 0-2 | 3-4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |

Сравнивая полученные результаты между контрольной и основной группами, мы приходим к выводу, что для основной группы (больных гипертонической болезнью) характерны такие качества личности как Сдержанность в межличностных контактах, трудности в непосредственном и социальном общении, склонность к индивидуальной работе, замкнутость, направленность на свой внутренний мир (Интроверсия); в характере проявляется мягкость, податливость. Эти особенности компенсируются в социальном поведении противопоставлением себя группе, настороженностью по отношению к людям, гибкостью и дипломатичностью в общении, развитым чувством долга и ответственностью, принятием общепринятых моральных правил и норм; эмоциональная неустойчивость, повышенная тревожность: неуверенность в себе, мнительность, низкая стрессоустойчивость, излишняя эмоциональная напряженность, фрустрированность, низкий контроль эмоций и поведения, импульсивность, аффективность, зависимость от настроений. Сочетание факторов О+, Q4, L+ свидетельствует о невротическом синдроме тревожности, направленности на разрешение внутренних конфликтов; заниженная самооценка, излишне критическое отношение к себе, неудовлетворенность собой, непринятие себя.

**Таблица 5**

**Результаты диагностики уровня личностной фрустрации (Бойко)**

**(см. Приложение 3)**

|  |  |
| --- | --- |
| Группы | Уровень личностной фрустрации |
| в | % | с | % | н | % |
| Контрольная (здоровые) | 3 | 20,1 | 4 | 26,8 | 8 | 53,6 |
| Основная (больные гипертонической болезнью) | 7 | 46,9 | 5 | 33,5 | 3 | 20,1 |

На основании результатов таблицы построим график.

Проанализировав полученные данные исследования можно сделать вывод, что больные гипертонической болезнью по сравнению со здоровыми испытуемыми имеют в большинстве высокий уровень личностной фрустрации.

Проверим наше предположение, используя U-критерий Манна-Уитни.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Контрольная | Основная | Суммированный ранг | Ранг | Ранг |
| значение | ранг | значение | ранг |
| 122234445667101011 | 13335777910,510,51213,513,515 | 3345789910101011111212 | 1,51,534567,57,510101012,512,513,513,5 | 12,52,55,55,55,55,589,59,51113131315,515,51719191921,521,52324,524,527,527,527,527,530 | 2,52,55,55,55,589,59,511131315,515,517Сумма: 134,5 | 5,51319191921,521,52324,524,527,527,527,527,530Сумма: 303,5 |

Определить большую из двух Определить значение U-критерия Манна-Уитни по формуле:

N = n1 + n2, где n1 — количество единиц в первой выборке

n2 — количество единиц во второй выборке

Tx ранговых сумм, соответствующую выборке с nx единиц.

Так как вычисленное значение критерия меньше табличного, то различия между выборками признаются статистически значимыми. Таким образом, вывод о существовании различий подтверждается с помощью данного непараметрического метода.

**Таблица 6**

**Результаты диагностики уровня эмоциональное выгорание (Бойко) (см. Приложение 4)**

|  |  |
| --- | --- |
| Группы | Фазы формирования эмоционального выгорания |
|  | не сформировалась | % | в стадии формирования | % | сформировавшаяся фаза | % |
| Контрольная (здоровые) | 9 | 60,3 | 6 | 40,2 | 0 | 0 |
| Основная (больные гипертонической болезнью) | 3 | 20,1 | 5 | 33,5 | 7 | 46,9 |

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о том, что у 46,9% (при р<0,05) испытуемых основной группы сформировалась фаза эмоционального выгорания (у здоровых испытуемых не сформирована фаза эмоционального выгорания у 60,3% при р<0,05).

**Таблица 7**

**Результаты диагностики уровня социальной дезадаптации Лири(см. Приложение 5)**

|  |  |
| --- | --- |
| Группы | Уровень социальной дезадаптации  |
| в | % | с | % | н | % |
| Контрольная (здоровые) | 2 | 13,4 | 3 | 20,1 | 10 | 67 |
| Основная (больные гипертонической болезнью) | 6 | 40,2 | 5 | 33,5 | 4 | 26,8 |

Анализируя полученные результаты мы пришли к выводу, что у больных гипертонической болезнью уровень социальной дезадаптации выше, чем у здоровых испытуемых.

Таким образом, согласно проведенному исследованию, что для нормализация психологического статуса больных гипертонической болезнью необходимо провести психокоррекционную работу среди больных гипертонической болезнью.

**2.3 Основные принципы психокоррекции личности при** **гипертонической болезни**

К наиболее широко распространенным при лечении больных гипертонической болезнью немедикаментозным методам психокоррекции следует отнести психорелаксационную терапию, в основе которой лежит использование различных психологических приемов для достижения состояния нервно-мышечного расслабления (релаксации). Среди методов психорелаксационной терапии наиболее известными являются: прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, дыхательно-релаксационный тренинг, методика биологической обратной связи.

В основе метода прогрессивной мышечной релаксации лежит использование системы упражнений, состоящих из чередования напряжения и расслабления различных мышц и мышечных групп: а) лица; б) шеи и рук; в) спины и живота; г) ног (бедра, голени, стопы). Обязательным условием освоения методики является концентрация внимания на процессе напряжения, расслабления и особенно на ощущениях, возникающих при переходе мышцы от напряженного состояния к расслабленному. Методика основана на том, что попеременное напряжение и расслабление мышц позволяет сравнивать эти два состояния и облегчает обучение релаксации. Кроме того, считается, что напряжение мышц перед попыткой их расслабления может давать дополнительный импульс, позволяющий добиться более глубокого расслабления. При проведении занятий пациентов обучают улавливать минимальное повышение мышечного тонуса и достигать выраженной релаксации.

Аутогенная тренировка (аутотренинг) основана на использовании вербальных формул самовнушения для достижения состояния релаксации. Классическая методика аутотренинга состоит из двух ступеней: 1) обучение релаксации посредством выполнения 6 стандартных упражнений с использованием вербальных формул, способствующих появлению и усилению ощущения тепла и тяжести в конечностях, тепла в области солнечного сплетения, прохлады в области лба, а также формул, касающихся сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень – аутогенная медитация. В терапевтической практике обычно используется освоение первой ступени аутотренинга. Для больных сердечнососудистыми заболеваниями разработана модификация методики аутогенной тренировки [1], отличающаяся от стандартной методики использованием не только вербальных формул, направленных на достижение и усиление ощущений тепла, расслабления лица, шеи, рук, спины, ног, всего тела, а также ощущения покоя, но и формулы легкости. Учитывая фиксацию пациентов на своих ощущениях, были исключены формулы, касающиеся работы сердца. При инструктировании больных подчеркивалось, что во время занятий надо воспринимать лишь приятные ощущения, возникающие во время занятия. При самостоятельных тренировках рекомендовалось воспроизводить состояние релаксации, возникающее во время групповых занятий, произнося про себя те вербальные формулы, которые в это время всплывают в памяти.

Дыхательно-релаксационный тренинг включает элементы медитативной техники, когда состояние релаксации достигается путем пассивной концентрации внимания на каком-либо объекте, которым может быть образ, предмет, слово или звук, повторяющееся физическое действие и т.п. При дыхательно-релаксационном тренинге используется сосредоточение внимания на вербальном символе – слове, произносимом про себя. При использовании методики больным предлагается принять удобную, расслабленную позу и все свое внимание сконцентрировать на дыхании, пытаясь почувствовать, как прохладный воздух входит через ноздри на вдохе и чуть теплый воздух выходит на выдохе, унося прочь все заботы, волнения и тревоги. Дышать нужно как обычно (не меняя ритма и глубины дыхания), и при вдохе про себя говорить слово “вдох”, а при выдохе – “выдох”.

Методика биологической обратной связи. Особенностью этого метода является применение аппаратуры, позволяющей пациенту постоянно получать информацию об изменении той или иной физиологической функции (обычно в виде звукового сигнала различной частоты либо в визуальной форме). При этом пациенту дается инструкция изменять соответствующий физиологический показатель в нужном направлении. Это позволяет каждому пациенту найти свой собственный путь достижения состояния нервно-мышечной релаксации, повышает эффективность применения методики и способствует формированию положительного отношения к лечению. Таким образом, в основе метода лежит обучение пациента психофизиологической саморегуляции. Занятия по релаксации могут проводиться в положении больного сидя или лежа. Пациенту предлагается принять удобную, расслабленную позу в кресле: ступни на полу, ноги не перекрещены, руки на подлокотниках или на бедрах, пальцы рук не сцеплены, веки расслаблены, глаза прикрыты. Продолжительность тренинга составляет 15–20 мин. Кроме ежедневных релаксационных тренировок, рекомендуется проводить релаксацию (“снимать мышечное напряжение”) несколько раз в день кратковременно в различных условиях, в том числе при стрессовых воздействиях. Особо подчеркивается важность регулярного выполнения самостоятельных тренировок для освоения методики и обеспечения эффективности лечения.

Психофармакотерапия. При использовании психофармакотерапии необходимо учитывать следующие основные принципы: а) лечение начинается с минимальных доз препаратов с последующим их увеличением до достижения терапевтического эффекта; б) лечение осуществляется не менее 4–10 нед (даже если психический статус нормализуется на первой неделе лечения) с последующим постепенным снижением доз препаратов вплоть до полной их отмены; в) транквилизаторы, антидепрессанты и нейролептики могут использоваться как в виде монотерапии, так и в комбинации друг с другом в зависимости от ведущего синдрома. При выявлении синдрома тревоги показано назначение транквилизаторов (например, диазепама 5–10 мг/сут или феназепама 0,5–2 мг/сут); превалирование обсессивно-фобических симптомов требует сочетания транквилизаторов с небольшими дозами нейролептиков (например, трифлуоперазина 2,5–5 мг/сут) либо назначения антидепрессантов с анксиолитической активностью; при ведущем депрессивном синдроме может быть назначен один из антидепрессантов (например, амитриптилин 25–50 мг/сут, лудиамил 20–30 мг/сут или коаксил 25–37,5 мг/сут). В случаях выраженных ипохондрических нарушений и расстройств дополнительно назначаются нейролептики (трифлуоперазин до 5 мг/сут), а при истерической симптоматике – сонапакс до 30–40 мг/сут. При назначении психотропных препаратов следует обращать внимание на особенности их взаимодействия с гипотензивными препаратами, назначаемыми пациенту. При умеренно выраженных психопатологических расстройствах, которые выявляются у большинства больных гипертонической болезнью, удовлетворительного терапевтического эффекта можно добиться с помощью сочетанного применения психорелаксационной терапии и фитопрепаратов антидепрессивного, антитревожного и седативного действия.

**Выводы по главе II**

На основании эмпирического эксперимента, можно сделать вывод о том, что гипертоническая болезнь оказывает большое влияние на личность и во многом обуславливает поведение субъекта.

Эмоциональная сфера больных гипертонической болезнью характеризуется высокой личностной и реактивной тревожностью, эмоциональной напряженностью, сниженным фоном настроения, раздражительностью, наличие депрессивных состояний, в том числе и маскированных.

Для больных с гипертонической болезнью характерен более высокий уровень акцентуации в целом и в особенностиэмотивного, тревожного, педантичного, циклотимного и дистимного типов.

У больных гипертонической болезнью отмечался более высокий уровень алекситимии, выступающей как важный патогенетический фактор формирования психосоматической патологии

Особенности адаптации при психосоматических расстройствах затруднено из-за активного использования неадаптивных механизмов психологической защиты таких как отрицания, вытеснения, гиперкомпенсации и компенсации, которые не способствуют осознанию наличия и сложности заболевания, что приводит к хронизации заболевания, а так же дисгармоничному развитию личности.

**Заключение**

Итак, гипертоническая болезнь, именуемая также эссенциальной гипертензией - заболевание, характеризующееся повышением уровня артериального давления, считается, что это обусловлено сумой генетических и внешних факторов и не связано самостоятельными поражениями органов и систем. Гипертоническая болезнь отличается от психогенных болезней тем, что психогенно возникшая, продолжает развиваться по своим собственным механизмам, независимо от существования первоначальной травмирующей ситуации. Изменения психики при гипертонической болезни разнообразны и зависят от особенностей личности, тяжести и стадии самой гипертонической болезни. Конечно, имеют значение особенности личности и реакция нервной системы на внешние воздействия.

Раннее выявление психопатологических нарушений, их своевременная коррекция — важные факторы, определяющие успех реабилитационных мероприятий у больных гипертонической болезнью.

У больных гипертонической болезнью с кардиалгией также более выражена психопатологическая симптоматика преимущественно в виде ипохондрического, тревожного и истерического синдрома.

У лиц с профессиональной артериальной гипертензией и больных гипертонической болезнью наиболее часто выявляют следующие черты характера: гипертимность, стеничность, демонстративность, психастеничность и реже интравертированность, циклоидность и ригидность.

Определённую роль в возникновении болезни играет и наследственность. В известных условиях способствовать развитию гипертонической болезни могут также нарушения питания; имеет значение пол, возраст. Подъёмы артериального давления могут наблюдаться у женщин во время беременности, что может привести к серьёзным осложнениям во время родов. Способствовать развитию гипертонической болезни может атеросклероз мозговых сосудов, особенно если он поражает определённые отделы, ведающие регуляцией сосудистого тонуса.

В додиагностической стадии (когда диагноз гипертонической болезни еще не поставлен и повышение артериального давления не выявлено) могут наблюдаться астенические симптомы, которые пациент обычно описывает после обнаружения у него повышенного давления. Часто самой гипертонической болезни предшествует длительная травмирующая ситуация, вызывающая астенические расстройства, которые, могут носить вначале психогенный характер. Для отдельных больных, особенно если они уже имеют представление об этом заболевании, если их родственники были больны или умирали от гипертонической болезни, при тревожно-мнительном характере обнаружение высокого артериального давления воспринимается как трагедия или катастрофа, крушение всех надежд. У таких больных наблюдаются стойкие психогенные нарушения, они постоянно посещают врачей, регулярно следят за показателями давления, их мысли постоянно сосредоточены на этом, а круг интересов ограничивается фиксацией на данной болезни. Вся жизнь выстаивается так, чтобы не вызвать повышения давления. Наблюдается отказ от увлечений, сон становится поверхностным, часто можно наблюдать расстройство засыпания по типу невроза ожидания, особенно если сну придается решающая роль в нормализации артериального давления. В этом периоде большое значение имеет консультация психолога, направленная на разъяснение и успокоение больного. Также возможны и специальные психотерапевтические методики или прием транквилизаторов, которые смягчают наклонность к аффективным реакциям, тревогу и напряженность. Но прием таких медикаментов не решает сути самой проблемы, а лишь смягчает ее. Устранить причину, а не следствие, может только психотерапия. Необходимо отметить, что в нашей стране отдается предпочтение именно медикаментозному подходу, и только в последние когда все больше пациентов обращаются за консультаций психолога в подобных ситуациях. У другой группы больных диагноз гипертонической болезни не вызывает какой-либо реакции, они склонны отрицать факт болезни, отказываясь от лечения. Такие реакции часто наблюдаются у тех, кто злоупотребляет алкоголем, когда имеется аногнозия соматических расстройств. Многие пациенты правильно оценивают свое состояние, принимают соответствующее лечение. Выявлено, что гипертонической болезнью чаще болеют лица с определенными чертами характера, такими, как сдержанность и целеустремленность, прямолинейность и категоричность в суждениях в сочетании с некоторой ригидностью. Значительно реже гипертоническая болезнь возникает у лиц с эмоциональной неустойчивостью, демонстративных или робких, застенчивых с тревожно-мнительными чертами характера. Указанные особенности личности обычно несколько заостряются с появлением гипертонической болезни, в связи с чем у больных возникает больше поводов для эмоционального напряжения. В развитии гипертонической болезни выделяют этап, для которого характерны астенические расстройства. У некоторых больных в это время появляются навязчивые опасения за свое здоровье, иногда сравнительно быстро формируются истерические реакции и истерические формы поведения.

**Список литературы**

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии. — СПб: Питер, 2006. – 560 с.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. — М.: ЮНИТИ, 2007. – 435 с.
3. Ананьев ВА. Введение в психологию здоровья. — СПб.: Питер, 2006. – 560 с.
4. Багмет А.Д. Ремоделирование сосудов и апоптоз в норме и при патологии // Кардиология. – 2002. – № 3. – С. 83-86.
5. Баллюзек М.Ф., Шпилькина Н.А. Ремоделирование миокарда у больных артериальной гипертонией с различной степенью тяжести течения // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2003. – Т. 2, № 10. – С. 50-53.
6. Бурлачук Л.Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психологической диагностике. — СПб.: Питер, 2005. – 530 с.
7. Волков В.С, Цикулин А. Е. Лечение и реабилитация больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники. — М.: Медицина, 1989. — 256 с
8. Гиндикин В.Я., Семке В.Я. Соматика и психика. — М.: Просвещение, 2004. – 385 с.
9. Гипертония под контролем – М.: МедЭкспертПресс, 2005. – 144 с.
10. Затейщикова А.А., Затейщиков Д.А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение // Кардиология. – 1998. – № 9. – С. 68-80.
11. Изард К.Э. Психология эмоций. — СПб: Питер, 2006. – 455 с.
12. Исурина Г.Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции. В кн.: М.М. Кабанова и др. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — М.: Просвещение, 2003. - с. 231-254.
13. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — М.: ВЛАДОС, 2005. – 385 с.
14. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология.- М.: Медицина,2006. – 565 с.
15. Клиническая психология. Под ред. Б.Д. Карвасарского. -СПб: Питер, 2007. — 960 с.
16. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Чехлатый Е.И. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика в процессе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии // Вестник психотерапии. 2004. - №12. - С. 9-23.
17. Ланкин В.З., Тихазе А.К., Беленков Ю.Н. Свободнорадикальные процессы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Кардиология. – 2000. – № 7. – С. 48-61.
18. Малая медицинская энциклопедия: В 6-ти т. АМН СССР. Гл. ред. В. И. Покровский. — М. Советская энциклопедия. — Т. 1 А — Грудной ребенок, 1991, 560 с.
19. Максимук А. М.Настольная книга гипертоника Минимальная цена. –М.: Феникс, 2006. – 250 с.
20. .Малышева И.С.Гипертоническая болезнь. Домашняя энциклопедия. – М.: Вектор, 2006. – 208 с.
21. Сайков Д.В., Серафимович Е. Н. Давление. От высокого к нормальному. Терапия гипертензии + лечебная программа. – М.: Триолета, 2006. – 212 с.
22. Смолянский: Б.Л., Лифляндский В. Г. Гипертоническая болезнь - выбор диеты - М.: Издательский Дом "Нева", 2003. – 225 с.
23. Чазова И.Е., Дмитриев В.В., Толпыгина С.Н. и др. Структурно-функциональные изменения миокарда при артериальной гипертонии и их прогностическое значение // Synopsis medicinalic. – 2003. – № 1. – С. 10-17.
24. Шулутко Б.И., Перов ЮЛ. Артериальная гипертензия.- СПб.: Питер, 1992- 304 с.