

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕВРАСТЕНИЕЙ

Канд. мед. наук И. В. ДРОЗДОВА

### PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND NEURASTHENIA

I. V. DROZDOVA

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

**Выявлены основные личностные и характерологические особенности больных артериальной гипертензией и неврастенией, типы их отношения к болезни; определены корреляционные взаимосвязи личностных характеристик. Отмечена необходимость проведения психотерапии при данной патологии с учетом личностных особенностей больных.**

*Ключевые слова: артериальная гипертензия, неврастения, личностные особенности больных.*

**Main personality and character features of patients with arterial hypertension and neurasthenia as well as types of their attitude to the disease were revealed. Correlation between the personality features was determined. The necessity of psychotherapy in this pathology with the consideration of personality features of the patients is emphasized.**

*Key words: arterial hypertension, neurasthenia, personality features of the patients.*

Значимость эмоционального состояния в формировании поведения человека известна давно, но конкретно представить себе все взаимосвязи между психологическими детерминантами и физиологическими коррелятами эмоций достаточно сложно [1]. Существует значительное количество работ, в которых описана взаимосвязь артериальной гипертензии (АГ) с эмоциональными состояниями больных, возникающими в процессе их взаимодействия с внешним миром [2], выявлена связь систолического АД с повышением нервно-психических нагрузок [3], с уровнем ипохондрии и депрессии [4]. Показано, что под влиянием эмоционального напряжения происходит реорганизация системного механизма церебральной регуляции кровообращения, направленность и глубина которой зависят от конституционально-генетических факторов, психологического типа личности, подвижности вегетативной и симпато-адреналовой систем, гормонального обеспечения [5].

Вслед за работами F. Alexander [6], который связал возникновение АГ с желанием человека открыто выразить враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптивном поведении, появилось много публикаций, посвященных изучению структуры личности больных [7]. К настоящему времени личностные особенности больных АГ уже достаточно хорошо исследованы, в структуре их личности определено интерперсональное напряжение, существующее между агрессивными импульсами, с одной стороны, и чувством зависимости — с другой [1, 7, 8].

Социальное поведение больных АГ в ряде работ описывается как чрезмерно адаптивное, уступчивое, ориентированное на социальный успех, пассивное и избегающее конфликтов, характеризующееся сдерживанием положительных и отрицательных аффектов [1, 9]. По мнению других авторов, больные АГ амбициозны, постоянно конфликтуют с начальством, для них характерны сформировавшиеся в детстве внутриличностные конфликты между агрессивностью и чувством вины, между независимостью и стремлением найти защиту [1, 7–9].

Во многих «ранних» работах психосоматического направления подчеркивалось, что основные личностные черты больных АГ (скрытость, упрямство, неудовлетворенность собой и окружением, враждебная настроенность, сочетающаяся с выраженным контролем и подавлением агрессивных тенденций поведения) приводят к постоянной внутренней напряженности и тревоге [1, 6, 7]. Однако в дальнейших исследованиях были отмечены и неуверенность, и личностная несостоятельность, и чувствительность больных к критике, и тенденция к интенсивной реакции в форме депрессии на психологический стрессор [10]. Ряд исследователей отмечали, что больные АГ производят впечатление вежливых, уравновешенных, уживчивых, но вместе с тем у них имеют место очень сильные, глубоко подавленные агрессивные тенденции. Эти люди очень часто испытывают сильные эмоции злости, гнева, претензии, обиды, неприязни и зависти, однако, страшась этих чувств, старательно их сдерживают, благодаря чему производят впечатление

чатление милых и дружелюбных. У больных АГ выявлены черты интровертированности, эмоциональной лабильности и истероидности, нарушения адаптации к стрессовым ситуациям, возникающим при смене жизненных стереотипов [1, 2, 7, 8], и именно эти личностные особенности определяют преимущественные формы эмоционального реагирования больных.

Целью настоящей работы было изучение личностных особенностей больных АГ, сочетающейся с неврастенией.

В открытом контролируемом исследовании, проведенном в таких центрах: Крымском республиканском НИИ физических методов исследования и медицинской климатологии, санатории «Ай-Петри» и санатории «Украина» (Ялта), участвовало 427 больных АГ. Из них у 164 человек была диагностирована неврастения. Среди этих больных АГ 1 ст. определялась у 75 (45,7%), АГ 2 ст. — у 89 человек (54,3%). Среди них было 135 женщин и 29 мужчин в возрасте  $49,5 \pm 3,5$  года с длительностью заболевания  $7,8 \pm 4,6$  года.

Было проведено психопатологическое обследование больных. Диагностика базировалась на принципе соответствия психопатологических расстройств критериям объективности, репрезентативности и верифицированности, на субстратном и структурном анализе, диахронической структуре психических расстройств.

Личностные особенности больных АГ изучали с помощью методики ММРП [11]. Тест ММРП состоит из трех оценочных (L, F, K) и 10 клинических шкал: 1 — ипохондрии (Hs); 2 — депрессии (D); 3 — истерии (Hy); 4 — психопатии (Pd); 5 — мужественности-женственности (Mt); 6 — паранойи (Pa); 7 — психастении (Pt); 8 — шизофрении (Se); 9 — гипомании (Ma); 0 — интроверсии (Si). Ответы на утверждения теста сначала оценивали условными единицами — «сырыми очками», а затем перекодировали в T-баллы. Оптимальным в оценке всех шкал считали диапазон 40–70 T-баллов [11].

Характерологические особенности больных АГ изучали при помощи методики многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (16 PF-опросник) [12]. Опросник оценивает 16 ситуациональных факторов и адекватность самооценки: А — замкнутость-общительность, В — интеллект, С — эмоциональная неустойчивость-эмоциональная устойчивость, Е — подчиненность-доминантность, F — сдержанность-экспрессивность, G — подверженность чувствам-высокая нормативность поведения, H — робость-смелость, I — жесткость-чувствительность, L — доверчивость-подозрительность, M — практичность-развитое воображение, N — прямолинейность-дипломатичность, O — уверенность в себе-тревожность, Q1 — консерватизм-радикализм, Q2 — конформизм-нонконформизм, Q3 — низкий самоконтроль-высокий самоконтроль, Q4 — расслабленность-напряженность, MD — адекватность самооценки.

Типы отношения к болезни (ТОБ) определяли с помощью методики психологической диагностики, позволяющей выявить следующие типы реагирования на болезнь: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, обсессивно-фобический, сенситивный, апатический, эгоцентрический, паранойяльный, эйфорический [13].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием локальной автоматизированной системы VerMed, которая представляет собой обновленную версию системы Drozd [14]. Личностные показатели больных АГ 1 и 2 ст. определяли в виде  $M \pm m$  и проверяли вероятность различий с использованием *t*-критерия Стьюдента. С целью выявления факторов, влияющих на личностные показатели, использовали корреляционный анализ. Определяли ранговый коэффициент корреляции Спирмена, эффективный при оценке стохастических связей как для количественных, так и для качественных признаков. Проверку значимости найденных коэффициентов корреляции проводили с использованием *t*-теста [15].

Конфигурация профиля обследованных по тесту ММРП на шкалах L, F, K свидетельствовала об открытости больных АГ с неврастенией в раскрытии своего характера и проблем. Они старались представить себя в возможно более выгодном свете, демонстрируя строгое соблюдение социальных норм. Вместе с тем им была свойственна внутренняя напряженность и недовольство ситуацией. Больные осознавали свои трудности, но были склонны преувеличивать степень межличностных конфликтов и личностной неадекватности, что делало их легко уязвимыми. Характерным было стремление пациентов подчеркнуть тяжесть имеющихся у них симптомов и жизненных трудностей, они ждали сочувствия от окружающих.

Усредненный профиль больных АГ с неврастенией имел пикообразный характер с повышением на шкалах Hs, Hy, Pa, Ma и снижением на шкалах D, Mt, Pt, Si, что видно из рис. 1.

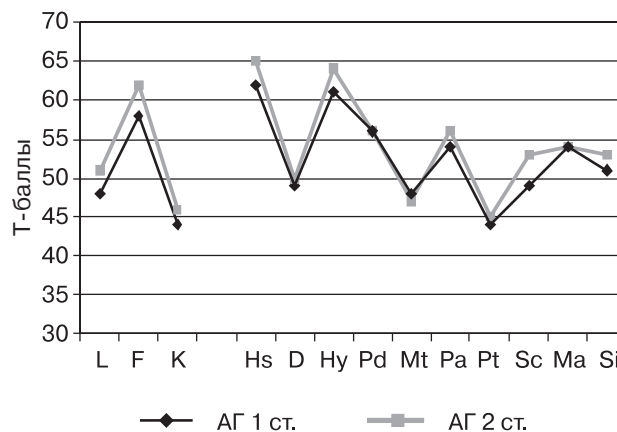


Рис. 1. Усредненный профиль личности больных АГ с неврастенией

Невротические реакции обследованных больных были связаны с недостаточностью физических и психических ресурсов для удовлетворения их актуальных потребностей. Имеющуюся у них тревогу, отражающую выраженность ипохондрической тенденции, больные относили за счет состояния своего здоровья. Тревога у них соматизировалась, обрела конкретность, и формировалась система ее интерпретации, ощущение угрозы переносилось с межличностных отношений на неприятные физические ощущения в собственном организме.

Исходно повышенное внимание к себе сочеталось у наших пациентов с недостаточной способностью контролировать свои эмоции. Они предъявляли большое количество жалоб, были озабочены своим физическим состоянием, проявляли пессимизм и отсутствие уверенности в успехе, особенно в отношении медицинской помощи. Собственное соматическое состояние у таких лиц превращается в объект тщательного изучения. Их соматические жалобы сопровождаются различными сенестопатическими ощущениями, усиливающимися при увеличении пессимизма, и используются как средство разрешения конфликтных ситуаций и снижения напряженности, как способ избежать ответственности или уменьшить ее, как средство давления на окружающих, характерно устранение тревоги за счет соматизации и вытеснение ее формированием демонстративного поведения. Жизненные затруднения, неспособность оправдывать ожидания окружающих, несоответствие собственному уровню притязаний больные АГ с неврастенией объясняют с социально приемлемой и кажущейся им рациональной точки зрения.

Идентификация с традиционной культурой и социальной ролью мужчины и женщины выражается у больных в характере жизненного опыта, эстетических и культурных интересах, профессиональных устремлениях. Мужчины предприимчивы, стремятся к преодолению препятствий, доминируют и склонны к соперничеству в межличностных отношениях. Они демонстрируют мужественный стиль жизни, силу, выносливость, пренебрежение к мелочам. Женщины чувствительны к оттенкам эмоций и отношений, сентиментальны, отличаются мягкостью, сердечностью, стремлением к защищенности, некоторой пассивностью, склонностью подчиняться руководству, сдержанным поведением.

Для длительно неугасающих отрицательных эмоций больные АГ с неврастенией находят удовлетворяющие их объяснения. Аффект кажется им обоснованным и хорошо контролируемым, а поведенческая стратегия — четко определенной, что обеспечивает ощущение адекватности эмоций и позволяет сохранить приемлемое представление о собственной личности. Однако в действительности поступки таких лиц являются ответом на действия окружающих, воспринимаемые аффективно, и на основе этого аффекта осуществляется построение ригидных, трудно корригируемых или некорригируемых установок и концепций.

Неотрегированный ригидный аффект связан у этих больных с эгоистическими побуждениями и идеаторной переработкой информации, что приводит к возникновению «застревающей» враждебности и злопамятности. Больные АГ с неврастенией озабочены своим престижем и отличаются повышенной чувствительностью по отношению к действительным или мнимым несправедливостям, упрямы, агрессивны. Беспокойство за состояние физического здоровья развивается у них на базе аффективной ригидности, и хотя число неприятных физических ощущений может быть относительно невелико, их значимость и влияние на поведение весьма высоки. При этом для таких лиц характерно не неопределенное беспокойство о состоянии своего здоровья, а хорошо разработанная концепция заболевания. Агрессивность и эгоцентризм затрудняют правильную ориентацию больных в ближайшем окружении и часто для давления на окружающих они используют немногочисленные, но упорные соматические жалобы.

Больные АГ с неврастенией общительны, активны, непринужденны в общении, эффективны в деятельности, требующей широких контактов, переключения внимания, но в то же время ситуации, связанные с монотонной, требующей тщательности, кропотливости, длительной фиксации внимания, для них являются стрессогенными.

Если повышенная активность, честолюбие и самооценка больных АГ с неврастенией сочетаются с отсутствием возможности добиться желаемого положения и реализовать актуальные стремления, то возникающая тревога относится за счет соматического состояния. Они считают себя тяжело больными и отрицательно воспринимают объяснение врачом увеличения их жалоб ситуационными или эмоциональными затруднениями. Поведение больных характеризуется либо напряженностью и активным стремлением к медикаментозной терапии, либо демонстративным оптимизмом и стремлением подчеркивать свою стойкость перед лицом «тяжелого заболевания». Они склонны, предъявляя значительное количество соматических жалоб, пессимистически оценивать свою перспективу.

Таким образом, при объективном психодиагностическом исследовании для больных АГ с неврастенией оказались характерными повышенное внимание к своему здоровью (повышение на шкале Hs), стремление производить впечатление на окружающих (понижение на шкале D), лабильность и неустойчивость эмоционального состояния (повышение на шкале Nu), аффективная ригидность, склонность к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях (повышение на шкале Pa), стремление к преодолению препятствий, доминирование и склонность к соперничеству в межличностных отношениях у мужчин, мягкость, сердечность, пассивность, сдержанность поведения у женщин (снижение на шкале Mt), отсутствие осторожности и осмотрительности

в поступках, особой щепетильности в вопросах морали, неконформность и эгоцентризм (понижение на шкале Pt), оптимистичность, активная жизненная позиция, высокая самооценка, эмоциональная незрелость, стенический тип реагирования (повышение на шкале Ma), достаточный уровень общительности (понижение на шкале Si).

Самыми высокими у больных АГ с неврастенией были показатели + Q3,+G,+A,+M и самым низким — -Q1 (рис. 2).

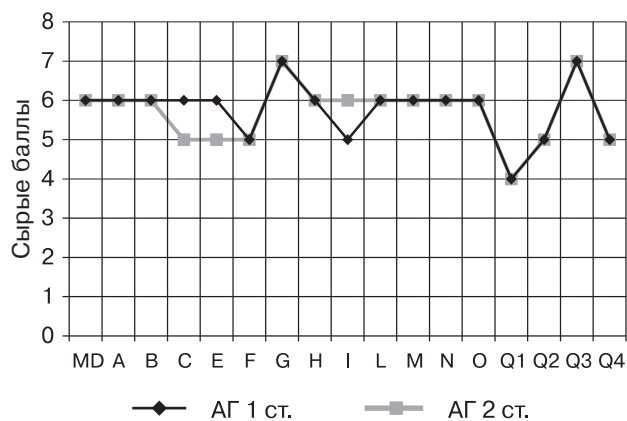


Рис. 2. Характерологические особенности больных АГ с неврастенией

В целом больным АГ с неврастенией, по данным ММРІ, свойственны дисциплинированность, точность в выполнении социальных требований; хороший контроль за своими эмоциями, забота о своей общественной репутации (+Q3); осознанное соблюдение норм и правил поведения, настойчивость в достижении цели, точность, ответственность, деловая направленность (+G); общительность, добродушие, открытость и добросердечность, естественность и непринужденность в поведении, внимательность, доброта, мягкосердечность в отношениях, активность в устранении конфликтов, доверчивость, переживание ярких эмоций и живой отклик на любые события (+A); достаточно развитое воображение, ориентировка как на внутренний мир, так и на внешнюю реальность, нормальный творческий потенциал (+M); консерватизм, устойчивость по отношению к традиционным трудностям, сомнения относительно новых идей, склонность к морализации и нравочуждению (-Q1).

Ведущими характерологическими особенностями больных АГ с неврастенией являлись высокий самоконтроль, достаточная нормативность поведения, общительность, развитое воображение, консерватизм.

#### Литература

1. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина.— М.: МЕДпрессинформ, 2002.— 608 с.

Изучение ТОБ у наших пациентов выявило, что среди больных АГ 1 и 2 ст. чистые ТОБ определялись соответственно в 45,5 и 22,0%; смешанные ТОБ — в 52,5 и 70,7%; не сложился ТОБ — в 2,0 и 7,3% случаев.

В структуре смешанных ТОБ чаще всего встречаются неврастенически-эйфорически-паранойальный, эйфорически-эргопатический, сенситивно-эйфорически-эргопатический, обсессивно-фобически-сенситивно-эргопатический, сенситивно-паранойальный, неврастенически-анозогнозически-паранойальный, сенситивно-эйфорически-анозогнозический, тревожно-неврастенически-сенситивно-анозогнозически-паранойальный и др.

В структуре всех диагностированных у больных ТОБ чаще всего определялись неврастенический, сенситивный, эргопатический, паранойальный и эйфорический ТОБ, а ипохондрический ТОБ не диагностировался вообще.

Среди всех ТОБ у больных АГ 1 и 2 ст. сенситивный ТОБ диагностировался соответственно в 38,2 и 40,0%; неврастенический — в 21,8 и 32,0%; эргопатический — в 20,0 и 48,0%; паранойальный — в 32,7 и 38,0%; эйфорический — в 27,3 и 26,0% случаев.

Таким образом, среди больных АГ с неврастенией чаще всего встречаются смешанные ТОБ, а среди них — сенситивный, эргопатический, паранойальный, неврастенический и эйфорический типы.

Изучение корреляционных взаимосвязей личностных и характерологических особенностей, типов отношения к болезни у больных АГ с неврастенией позволило установить, что достоверно при повышении уровней ипохондрии, истерии, паранойи, гипомании возрастает частота обсессивно-фобического и снижается частота эйфорического и анозогнозического ТОБ, увеличиваются эмоциональная неустойчивость и чувствительность, снижается интеллект; и наоборот — при снижении уровней депрессии, психастении, интроверсии уменьшается частота обсессивно-фобического и эгоцентрического, возрастают частота эйфорического, анозогнозического, гармоничного и эйфорического ТОБ, эмоциональная устойчивость и дипломатичность, смелость, радикализм и снижается жесткость больных.

Таким образом, полученные в исследовании данные приводят к выводу, что выявленные у больных психологические и патопсихологические факторы в рамках неврастения, наслаивающиеся на АГ по мере ее прогрессирования, требуют, помимо медикаментозного лечения, психотерапевтической коррекции, направленной на реабилитацию больных АГ, сочетающейся с неврастенией.

2. Соколов Е. И., Белова Е. В. Эмоции и патология сердца.— М.: Медицина, 1983.— 309 с.

3. Немчин Т. А. Состояние нервно-психического

- напряжения.— Л.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.— 167 с.
4. *Мацуга О. М., Дроздова І. В.* Технологія оцінки впливу психологічних особливостей хворих на артеріальну гіпертензію на рівень артеріального тиску // Укр. журн. мед. техніки і технології.— 2006.— № 4.— С. 46–69.
  5. *Анохин П. К.* Эмоциональные напряжения как предпосылка к развитию невrogenных заболеваний сердечно-сосудистой системы // Вестн. АМН СССР.— 1967.— № 6.— С. 10–18.
  6. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и применение: Пер. с англ.— М.: Перрлс, 2000.— 296 с.
  7. *Тополянский В. Д., Струковская М. В.* Психосоматические расстройства.— М.: Медицина, 1986.— 384 с.
  8. *Собчик Л. Н.* Введение в психологию индивидуальности.— М.: Медицина, 1997.— 480 с.
  9. *Урванцев Л. П.* Психология в соматической клинике: Уч. пособие.— Ярославль: Яросл. гос. ун-т, 1998.— 160 с.
  10. Coronary artery disease and depression / M. Zellweger, R. Osterwolder, W. Langewitz, M. Pfisterer // *Europ. Heart. J.*— 2004.— Vol. 25, № 1.— P. 3–9.
  11. *Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В.* Методика многопрофильного исследования личности в клинической медицине и психогигиене.— М., 1976.— 176 с.
  12. *Елисеев О. П.* Практикум по психологии личности.— СПб.: Питер, 2005.— 509 с.
  13. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков.— Л.: Медицина, 1983.— 255 с.
  14. *Мацуга О. М.* Практична реалізація системи Drozd у системі медичного моніторингу // Акт. пробл. автомат. та інформ. технології.— 2004.— Т. 9.— С. 22–33.
  15. Статистична обробка / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка.— Київ: МІВВЦ, 2001.— 388 с.

Поступила 09.01.2008