

Особенности психологических нарушений у больных артериальной гипертонией.**Овечкина Светлана Юрьевна**

аспирантка

*Московский государственный открытый педагогический университет им.**М.А.Шолохова, Москва, Россия**E-mail: av18889@comtv.ru*

По данным ряда авторов (Л.В. Бондарева 1980; Л.И. Вассерман 1981; В.В. Константинов 1996, и др.), сердечно-сосудистые заболевания занимают одно из ведущих мест по распространенности, инвалидизации и смертности населения в большинстве стран мира. Артериальная гипертония занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями. По данным обследования репрезентативной выборки (2003г.) распространенность гипертонии в России среди мужчин составляет 39,2%, среди женщин – 41,1%. Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), инсультов мозга и в свою очередь инфаркта миокарда (ИМ). Социальная значимость рассматриваемой проблемы связана также с тем, что данные заболевания все чаще развиваются у лиц молодого возраста, приводя их к частичной, а иногда и полной утрате трудоспособности.

Как известно, нервно-психический фактор занимает одно из ведущих мест в генезе ГБ. Многочисленные данные различных авторов (Л.В.Шпак 1998; С.Л.Соловьева 1991; В.В. Плотников 2002, и др.) и наши собственные наблюдения свидетельствуют о наличии личностных изменений у больных данной кардиальной патологией. Среди важнейших психологических проявлений у них преобладали личностная и реактивная тревожность (ЛТ и РТ), депрессивность, ипохондричность, фиксация на своих болезненных ощущениях, связанных со страхом смерти, потерей чувства «Я», что, несомненно, отражается на течении и прогнозе заболевания.

Целью настоящего исследования стал анализ особенностей психологического консультирования больных артериальной гипертонией.

Исследование проводилось на базе отделения кардиологии Республиканской Клинической больницы № 1 г. Москвы. В нем участвовало 30 больных с артериальной гипертонией среди них:

- 10 человек с пограничной артериальной гипертонией;
- 10 человек – с ГБ I и II стадии;
- 10 человек - с ГБ III стадии.

В ходе исследования были использованы следующие методики:

1. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, 1978;
2. Методика диагностики стрессоустойчивости Холмса и Page, 1992;
3. Методика диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению К. Томаса; Тест «руки», 1971;
4. Методика выявления коммуникативных и организаторских склонностей (КОС-2);
5. Тест «руки», 1971.

Исследовав уровни личностной и реактивной тревожности у больных гипертонией мы выявили, что для них характерны повышенная личностная и ситуативная тревожность. Такие показатели тревожности у данной группы больных могут быть обусловлены характером заболевания, его течением и прогнозом, а также личностными особенностями больных.

Среднее значение стрессоустойчивости и социальной адаптации, измеряемое тестом Холмса-Page, в целом по группе составило 201,88. У лиц с артериальной гипертонией III степени, в отличие от лиц из группы артериальной гипертонии I и II

степени, среднее значение степени стрессовой нагрузки составило 281,1. У обследуемых, отнесенных к группе артериальной гипертензии I и II степени, среднее значение степени стрессовой нагрузки составило 169,5. Мы видим, что с увеличением тяжести заболевания стрессоустойчивость повышается. Это может быть вызвано необходимостью сдерживать эмоциональные реакции на стресс с целью предотвращения повышения АД.

Исследуя конфликтность больных мы установили, что респонденты используют в своей деятельности практически все стратегии поведения. Но наибольшее количество баллов у большинства респондентов (10 из 14) приходится на тактику избегания, ухода от конфликта. Полученные данные позволили предположить, что использование тактики избегания может быть вызвано страхом провоцирования подъемов АД, возникновения приступов или гипертонических кризов.

Экспериментально нами было установлено, что больные с гипертонией набравшие 5-8 баллов имеют коммуникативные и организаторские склонности ниже среднего. Они не стремятся к общению, предпочитают проводить время наедине с собой. В то время как, набравшие от 9 до 12 баллов стремятся к контактам с людьми, отстаивают свое мнение. Однако потенциал их склонностей не отличается высокой устойчивостью.

Исследовав проявления агрессивности у наших больных мы видим, что среди испытуемых преобладает высокий уровень проявления агрессии, в том числе, мужчинам более свойственен высокий уровень (70% испытуемых), женщинам – низкий уровень (70% испытуемых).

Таким образом, анализируя результаты исследования, можно сделать следующие выводы:

1. Для больных с ГБ характерен повышенный уровень ситуативной тревожности, пониженный уровень стрессоустойчивости, предпочтение стратегии избегания конфликта, средняя выраженность коммуникативных способностей и достаточно высокий личностный уровень агрессии.
2. У больных с ГБ выявляется концентрация внимания на своем заболевании, появление некоторых эгоцентрических черт характера, ипохондрические, неврастенические и обсессивно-фобические реакции.
3. Статистически значимой для больных гипертонической болезнью является связь перечисленных особенностей психологического статуса с частотой подъемов АД, их длительностью, общей длительностью заболевания и его клиническим течением.

Итак, исходя из сказанного, можно заключить, что артериальная гипертония приводит к достаточно выраженным изменениям психического статуса больных, их уровня тревожности, приводя иногда к значительной социальной дезадаптации.

Литература

1. Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф., Семке В.Я., Леонов В.П. Артериальная гипертензия как психосоматическая проблема // Клиническая медицина, 2004, № 1, с. 35-41.
2. Румянцева Т.Г. Понятие агрессивности в современной зарубежной психологии // Вопросы психологии, 1991, № 1.
3. Фокин И.В., Колосова О.А., Осипова В.В., Вейн А.М. Клинико-психологическая характеристика и терапия больных артериальной гипертензией // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова, 2001, № 10, с. 19-21.
4. Melvin J. L. Rehabilitation in the year 2000 // Amer. J. Med Rehab. -1988. -V.67.-№5.- P. 197-201.