

Психологические и гемодинамические особенности больных артериальной гипертензией при эмоциональном стрессе

Е.И.Соколов, О.Д.Остроумова, Е.И.Первичко, Т.Ф. Гусева, З.М.Барышникова
Кафедра факультетской терапии и профболезней МГМСУ, кафедра нейро- и патопсихологии МГУ им. М.В.Ломоносова

Резюме. У 44 больных гипертонической болезнью (ГБ) II стадии (22 с так называемой гипертензией на рабочем месте, первая группа, и 22 пациента с одинаковыми значениями артериального давления – АД, в рабочий и выходной день) и 30 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту, сравнивали физиологические, психологические и поведенческие особенности в момент эмоционального стресса

Обнаружено, что в процессе эмоциональной нагрузки у больных ГБ регистрируется достоверно больший подъем систолического АД по сравнению со здоровыми лицами (в среднем на 11 и 3 мм рт.ст. соответственно) Уровень притязаний у этих пациентов характеризуется достоверно большей высотой, неадекватностью, неустойчивостью, а невербальное поведение – достоверно большим количеством жестов и изменением тона голоса по сравнению со здоровыми людьми Установлено, что группа больных ГБ с "гипертензией на рабочем месте" по сравнению с пациентами с ГБ из второй группы характеризуется достоверно большим подъемом систолического АД (в среднем на 14 и 3 мм рт.ст. соответственно) в ответ на эмоциональную нагрузку, отсутствием увеличения реактивной тревожности в процессе эмоционального стресса, большей частотой неадекватности (69,2%) и неустойчивости (46,1%) уровня притязаний, особенностями поведения (меньшим количеством жестов и поз, а также большей мимикой) по сравнению с пациентами, у которых АД в рабочий день такое же или ниже, чем в выходной

Ключевые слова: артериальная гипертензия, "гипертония на рабочем месте", эмоциональные стресс, психологические особенности

The psychological and hemodynamic features of patients with arterial hypertension under emotional stress

Ye.I. Sokolov, O.D. Ostroumova, Ye.I. Pervichko, T.F. Guseva, Z.M. Baryshnikova

Summary. The physiological, psychological, and behavioral features under emotional stress were compared in 44 patients with Stage II hypertensive disease (HD) (including 22 patients with the so-called office hypertension and 22 patients with the equal values of blood pressure (BP) on a working day and a day-off) and in 30 age and gender-matched healthy individuals

During emotional stress, patients with HD had a significantly great rise in systolic BP as compared with healthy individuals (on the average by 11 and 3 mm Hg, respectively) The claims made by these patients were characterized by a rather great extent, instability and their nonverbal behavior was marked by a significantly large number of gestures and by altered voice tone as compared with the healthy individuals

As compared with group 2 patients, the patients with office hypertension exhibited a rather great rise in systolic BP (on the average by 14 and 3 mm Hg, respectively) in response to emotional stress, no increase in reactive anxiety during emotional stress, a higher inadequacy frequency (69,2%) and instability (46,1%) of the level of claims, and behavioral peculiarities (a smaller number of gestures and postures, as well as greater mimics) as compared with patients in whom BP was the same or lower on a working day than on a day-off

Key words: arterial hypertension, office hypertension, emotional stress, psychological features

Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы и часто приводит к возникновению тяжелых осложнений, временной и стойкой утрате трудоспособности [1] Несмотря на многочисленные исследования, эта область терапии остается одной из самых актуальных проблем современной кардиологии и медицины Одной из причин нарушения регуляции артериального давления (АД) является длительное и чрезмерное психоэмоциональное напряжение, возникающее в условиях стрессовой ситуации [2, 3] Недаром ГБ называют "самой человеческой из всех болезней" [4], имея в виду психический компонент реагирования на непрерывно меняющиеся обстоятельства жизни

Чрезмерные нервно-психические нагрузки стали нормой жизни наиболее трудоспособной части населения Стрессорному воздействию более подвержены люди с высшим образованием, лица старше 40 лет, преимущественно мужчины, которые крайне плохо адаптировались к меняющимся условиям жизни, и как следствие этого у них чаще диагностировали патологию сердечно-сосудистой системы [5]

Возникла потребность выделения и изучения так называемой стресс-индуцированной артериальной гипертензии (АГ) и одной из ее наиболее распространенных форм – АГ на рабочем месте

"Стресс-индуцированной АГ страдают прежде всего те люди, к которым предъявляют высокие требования на работе, не давая им достаточных прав на принятие решений", – пояснил J Schrader (1997 г.) К сильно угрожаемой категории лиц относятся также работники, занима-

ющие должности в середине служебной иерархии, для которых характерно "давление с обеих сторон" (например, мастера на производстве) [6]

"Стресс-индуцированная АГ особенно тесно связана с поражением органов, например с толщиной стенок левого желудочка", – подчеркнул J Schrader [6] Стресс-индуцированная АГ повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний примерно в той же мере, что и лишние десять лет жизни или 6 кг избыточной массы тела

Стресс-индуцированная АГ является далеко не безобидным феноменом Так, уровень АД на работе более тесно коррелирует с поражением органов-мишеней (в частности, с гипертрофией миокарда левого желудочка), чем амбулаторно измеряемый уровень АД и даже уровень АД в ночное время Установлено, что психосоциальный стресс приводит к повышению частоты сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них [6]

Исследователи, занимающиеся изучением личностных особенностей больных АГ и влиянием личности на возникновение и течение болезни, обращают внимание на взаимосвязь преморбидных черт личности больных ГБ и личностных особенностей вследствие болезни На I и II стадиях гипертензии происходят психофизиологические изменения, характеризующиеся утомляемостью, снижением работоспособности, головной болью, нарушением сна, раздражительностью, агрессивностью, тревожностью На III стадии болезни происходят нарушения центральной нервной системы В структуре психических нарушений при гипертензии выделяют синдромы психических расстройств по типу тревожно-депресс-

сивного, псевдоневрастического, ипохондрического и др [7]

Психологический портрет больных АГ является предметом достаточно подробного исследования многих авторов, однако до настоящего времени остается практически не изученным влияние структурных личностных особенностей на характер гемодинамических и гуморальных реакций у больных АГ при воздействии стресса, особенно у пациентов с АГ на рабочем месте

Поэтому **целью** нашего исследования было изучение психологических особенностей больных ГБ в ситуации моделируемого эмоционального стресса

Материалы и методы

Нами обследованы 44 пациента с ГБ II стадии, ранее не получавших антигипертензивных препаратов по крайней мере за 6 мес до включения в исследование, и 30 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту. Характеристика обследованных лиц представлена в табл 1

Всем больным ГБ было проведено суточное мониторирование АД (СМАД) в рабочий и выходной дни. СМАД проводили с использованием комплекса АВРМ-04 фирмы "Mediteck" (Венгрия). Мониторирование проводили в течение 24 ч с 15-минутными интервалами в дневное время и 30-минутными интервалами в ночные часы в рабочий день и в течение 6 ч в выходной день. Дневные часы были приняты с 6 00 утра до 23 00, ночные часы с 23 01 до 6 00. Важным условием было ведение дневника пациентом с регистрацией различных повседневных ситуаций. Результаты расценивали как достоверные, если во время автоматической обработки было исключено не более 20% измерений [8]

На основании полученных данных все пациенты были разделены на две группы. В первую вошли пациенты, у которых АД в рабочий день было достоверно выше, чем в выходной день, – так называемая гипертензия на рабочем месте – один из вариантов стресс-индуцированной гипертензии. Вторую группу составили больные, у которых АД в выходной день было выше или такое же, как в рабочий, 30 лиц с нормальным АД составили контрольную группу. Данные СМАД представлены в табл 2

Две группы больных ГБ не различались по среднему возрасту, полу, длительности АГ, исходным значениям АД при рутинном измерении

У всех обследованных совместно с сотрудниками кафедры нейро- и патопсихологии МГУ им. М.В. Ломоносова мы моделировали ситуацию эмоциональной напряженности по Бороздиной (решение задач возрастающей сложности) [9]. Вся процедура записывалась на видеопленку. Исследование проводили совместно с сотрудниками кафедры нейро- и патопсихологии МГУ

Исходно и сразу после эмоционального стресса определяли

1) уровень систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД,

2) уровень реактивной тревожности – шкала Спилбергерта, что позволило оценить динамику субъективной самооценки тревожности в результате действия эмоциональной напряженности,

3) поведенческие реакции (по данным видеозаписей) – мимика, жесты, позы, тон голоса,

4) уровень притязаний – при проведении эксперимента испытуемым предлагали решить 12 задач, проанжированных по 12 уровням сложности. Испытуемый должен был сам выбирать уровень сложности задания, которое он будет решать. Выбор максимально сложных заданий при ограничении времени на решение обусловлен необходимостью создания ситуации эмоциональной напряженности. Особенности уровня притязаний оценивали по трем параметрам

Высота. Полученный профиль делится на три равновеликих сектора (высокий, средний, низкий). Критерием высоты служит принадлежность большинства выборов к одному из секторов

Таблица 1. Общая характеристика обследованных лиц

Показатель	Больные ГБ (n=44)	Здоровые (n=30)
Средний возраст, лет	47,6±4,3	44,8±3,2
Пол		
мужской	25 (56,8%)	17 (56,6%)
женский	19 (43,2%)	13 (43,4%)
Длительность ГБ, лет	16,8±2,3	–
Систолидиастолическая АГ	27 (61,3%)	–
Изолированная систолическая АГ	17 (56,6%)	–
Начало заболевания		
в молодом возрасте (до 40 лет)	16 (36,3%)	–
в среднем возрасте (40–59 лет)	28 (63,7%)	–

Примечание. Достоверных различий между группами по возрасту и полу нет

Таблица 2. Показатели СМАД больных ГБ (M±m)

АД, мм рт. ст.	Первая группа (n=22)	Вторая группа (n=22)
САД рабочий день	153,0±2,3	155,0±4,0
ДАД рабочий день	88,0±0,8	99,0±1,4*
САД ночь рабочего дня	141,1±3,8	144,8±3,7
ДАД ночь рабочего дня	77,2±1,2	90,0±1,4*
САД выходной день	137,0±2,5	170,2±3,6*
ДАД выходной день	80,1±1,2	103,0±1,6*
САД ночь выходного дня	130,2±2,3	140,3±2,8*
ДАД ночь выходного дня	72,4±0,9	91,2±1,4*

Примечание. * – различия между группами достоверны (p<0,05)

Таблица 3. Средние значения показателей АД (M±m) до и после моделирования ситуации эмоциональной напряженности

АД, мм рт. ст.	Больные ГБ (n=44)	Контроль (n=30)	
САД	До эксперимента	143,0±4,2	127,0±3,5*
САД	После эксперимента	154,0±4,1	130,0±1,3*
ΔСАД		11,0±1,3	3,0±0,8*
ДАД	До эксперимента	93,7±3,1	83,7±3*
ДАД	После эксперимента	95,2±2,5	85,8±2,9*
ΔДАД		1,5±0,8	2,1±0,9

Примечание. * – различия между группами достоверны (p<0,05)

Таблица 4. Средние значения АД до и после моделирования ситуаций эмоциональной напряженности у больных ГБ первой и второй групп (M±m)

АД, мм рт. ст.	Первая группа (n=22)	Вторая группа (n=22)
САД до эксперимента	143,0±3,5	150,0±3,7
САД после эксперимента	157,0±4,1	153,0±4,0
ΔСАД	14,0±2,1	3,0±0,6*
ДАД до эксперимента	93,0±2,7	99,0±2,4
ДАД после эксперимента	96,0±2,9	101,0±2,6
ΔДАД	3,0±0,5	2,0±0,4

Примечание. * – различия между группами достоверны (p<0,05)

Таблица 5. Средние значения уровня реактивной тревожности до и после эксперимента у больных ГБ первой и второй групп (M±m)

Реактивная тревожность (РТ), баллы	Первая группа (n=22)	Вторая группа (n=22)
РТ до эксперимента	42,0±2,0	37,0±2,0*
РТ после эксперимента	44,0±1,0	38,0±2,0*
ΔРТ	Δ2,0±0,2	Δ2,2±0,2

Примечание. * – различия между группами достоверны (p<0,05)

Устойчивость-неустойчивость. За критерий устойчивости принимается наличие 3 сдвигов сложности решаемых задач и более на 4 (или больше) ступени, т.е. на величину одного сектора

Таблица 6. Частота встречаемости (в %) положительных и отрицательных изменений (сдвигов) реактивной тревожности до и после эксперимента у больных ГБ первой и второй групп

Характер изменения тревожности после эксперимента	Первая группа (n=22)	Вторая группа (n=22)
Тревожность увеличивается после эксперимента $PT2 > PT1$	8 человек (36,3%)	15 человек (68,1%)*
Тревожность уменьшается после эксперимента $PT2 < PT1$	14 человек (63,7%)*	7 человек (31,9%)*

Примечание. * – различия между группами достоверны ($p < 0,05$).

Адекватность-неадекватность. Критерием неадекватности служило присутствие 2 атипичных сдвигов и более (подъем уровня притязаний вслед за неуспехом и понижение притязаний после успеха).

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ STATISTICA 5,0 на компьютере IBM PC/AT-586. Рассчитывали средние величины, их стандартные средние ошибки и доверительный 95% интервал. Гипотезу о равенстве средних оценивали по F-критерию (дисперсионный анализ) или по t-критерию Стьюдента. Парную взаимосвязь двух и более непрерывных признаков определяли методом корреляционного анализа. Корреляционную связь между выборками данных оценивали с уровнем значимости 95%. Для изучения распределения дискретных признаков в различных группах применяли стандартный метод анализа таблиц сопряженности χ^2 по Пирсону и метод ранговых корреляций по Спирману. Для анализа малых выборок (до 30 наблюдений) применяли непараметрические методы статистической обработки данных. Вероятность того, что статистические выборки отличались друг от друга, существовала при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Первым этапом нашей работы было изучение реакции АД в ситуации эмоциональной напряженности. Сначала мы сравнили больных ГБ со здоровыми лицами (табл. 3).

Установлено, что после моделирования ситуации эмоциональной напряженности в группе больных ГБ среднее значение АД до проведения эксперимента повышено в сравнении со здоровыми лицами. В контрольной группе эти значения находятся в пределах нормы. Повышение АД наблюдается в обеих группах испытуемых после проведения эксперимента. Однако в группе больных ГБ достоверный прирост САД в качестве реакции на эмоциональный стресс составляет 11 мм рт. ст., тогда как у здоровых лиц – всего 3 мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Далее мы сравнили показатели АД у больных ГБ первой (гипертензия на рабочем месте) и второй групп (табл. 4).

Достоверных различий в показателях АД до эксперимента и после между указанными выше группами не зафиксировано, но после эксперимента прирост показателей САД в первой группе был достоверно больше, чем во второй (14 и 3 мм рт. ст.).

Вторым этапом нашей работы было исследование субъективно-оценочных показателей испытуемых в состоянии эмоциональной напряженности и уровня реактивной тревожности. В результате анализа полученных показателей можно заключить, что качественные изменения уровня реактивной тревожности до и после эксперимента произошли как у больных ГБ, так и у здоровых лиц (табл. 5). При сравнении уровня реактивной тревожности больных ГБ первой и второй групп качественные изменения уровня реактивной тревожности до и после эксперимента произошли в обеих группах примерно в равной степени. Однако уровень реактивной тревожности у пациентов первой группы исходно был достоверно выше, и как следствие данные по реактивной тревожности пациентов первой группы после эксперимента также оказались достоверно выше.

Кроме того, мы оценили качественные сдвиги реактивной тревожности на фоне эксперимента. Оказывает-

Таблица 7. Частота встречаемости (в %) характеристик уровня притязаний у больных ГБ и здоровых испытуемых

Параметры уровня притязаний	Больные ГБ (n=44)	Контроль (n=30)
Высота		
высокий	56,5	40,0
средний	30,5	50,0
низкий	13,0	10,0
Устойчивость		
устойчивый	60,9	70,0
неустойчивый	40,1	30,0
Адекватность		
адекватный	21,7	60,0
неадекватный	78,3*	40,0

Примечание. * – различия между группами достоверны ($p < 0,05$).

ся, что в группе больных ГБ частота встречаемости отрицательного сдвига в показателях реактивной тревожности после эксперимента больше (47,7%), чем в группе здоровых (10%). По результатам исследования уровня реактивной тревожности до и после эксперимента и сравнения показателей реактивной тревожности между группами можно сделать вывод, что у больных ГБ чаще, чем у здоровых людей, встречается феномен отсутствия нарастания реактивной тревожности на фоне эмоциональной нагрузки.

В процессе исследования сравнивали качественные изменения реактивной тревожности у больных ГБ первой и второй групп до и после эксперимента (табл. 6). Из полученных результатов следует, что у пациентов второй группы уровень реактивной тревожности после эксперимента выше, чем в первой группе.

Третьим этапом нашей работы было исследование особенностей поведения и целеполагания испытуемых в экспериментально моделируемой ситуации эмоциональной напряженности. Полученные результаты свидетельствуют о том, что испытуемые контрольной группы демонстрируют средний уровень притязаний (50%), достаточно устойчивый и адекватный (табл. 7). При этом группа больных ГБ отличается от контрольной. Отличия наблюдаются по трем позициям: высоте, устойчивости и адекватности. Если по высоте профилей уровня притязаний (56,6%) они превосходят испытуемых контрольной группы, то неадекватность (78,3%) и неустойчивость (40,1%) профиля уровня притязаний у них значительно выше. У отдельных больных уровень притязаний вообще не был сформирован из-за "защитной стратегии" ("буду двигаться от простого к сложному, я всегда так поступаю" или "чего я буду сложный решать, попробую с первого"). У таких испытуемых успехи и неудачи не становятся регулятором поведения.

При сравнении же больных ГБ первой и второй группы оказалось, что пациенты во второй группе демонстрировали высокий уровень притязания (75%), достаточно устойчивый (75%) и адекватный (50%). У 25% – средний и неустойчивый уровень притязания. Первая группа отличается по двум позициям: неустойчивость (46,1%) и неадекватность (69,2%) уровня притязаний отмечены достоверно чаще, чем во второй группе (табл. 8).

Затем мы проанализировали взаимосвязь характера изменения ситуационной тревожности на эмоциональный стресс с параметрами уровня притязания (высота, адекватность, устойчивость). Оказалось, что по типу ре-

Таблица 8. Частота встречаемости (в %) характеристик уровня притязаний у больных ГБ первой и второй групп

Параметры уровня притязаний	Первая группа (n=22)	Вторая группа (n=22)
Высота		
высокий	69,2	75,0
средний	15,3	25,0
низкий	-	-
Устойчивость		
устойчивый	38,4	75,0*
неустойчивый	46,1	25,0*
Адекватность		
адекватный	15,3	50,0*
неадекватный	69,2	50,0

Примечание * – различия между группами достоверны ($p < 0,05$)

акции на стресс больные ГБ делятся на "открыто тревожных" и "репрессивных".

Больные из подгруппы "открыто тревожные" характеризуются большей высотой, устойчивостью и адекватностью профиля уровня притязаний. Кстати, по устойчивости и адекватности они ближе к группе здоровых, чем "репрессивные". Для испытуемых из подгруппы "репрессивные" характерно несоответствие физиологических, поведенческих (вербальных и невербальных) и субъективно оценочных реакций. В то время как показатели АД существенно повышались, а поведение характеризовалось выраженными вегетативными реакциями, моторным беспокойством, на основании чего можно сделать вывод о наличии внутреннего напряжения, тем не менее они отрицали наличие напряжения и старались продемонстрировать спокойствие, говорили, что состояние их не изменилось. Часто наблюдалась завывшая самооценка своей работы. Показатели реактивной тревожности (до и после "стресса") в большинстве случаев либо были понижены, либо не менялись. Уровень притязаний у этих лиц неустойчив и неадекватен.

Наконец, следующим этапом нашей работы был анализ невербального поведения испытуемых в ситуации экспериментально моделируемой эмоциональной напряженности. При психологическом анализе невербального поведения выделяли следующие структурные составляющие (серии невербального поведения): жесты, позы, мимика, тон голоса. В группе больных ГБ были выявлены статистически значимые сдвиги показателя тона голоса и общего показателя невербального поведения в сторону достоверного увеличения по сравнению с контрольной группой. Показатели остальных серий невербального поведения (жесты, позы, мимика) также различны у больных ГБ и контрольной группы, например по жестуляции и по тону голоса пациенты с ГБ достоверно превосходят норматоников, по мимике отстают (различия недостоверны), а количество принимаемых поз одинаково (табл. 9).

При анализе невербального поведения в группе больных ГБ было выявлено, что у пациентов первой группы количество жестов, принимаемых поз достоверно меньше, а мимики достоверно больше по сравнению со второй группой (табл. 10).

Изучение поведенческих реакций в ситуации экспериментально моделируемой эмоциональной напряженности подтвердило предположение о неоднородности группы больных ГБ. В начале исследования при разделении групп мы опирались на данные реактивной тревожности и отдельные поведенческие характеристики, а о наличии тревоги судили в основном по сочетанию показателей АД и реактивной тревожности. На основании дальнейшего исследования к упомянутым показателям прибавились количественные оценки невербального поведения. Полученные данные свидетельствуют, что показатели невербального поведения в основной группе достоверно выше, что подтверждает наличие беспокойства. В основной группе при оценке показателей не-

Таблица 9. Средние значения серий невербального поведения у больных ГБ и контрольной групп (баллы, $M \pm m$)

Серии невербального поведения	Больные ГБ (n=44)	Контрольная группа (n=30)
Жесты	20,5±1,61	15,5±1,53*
Позы	7,4±1,32	6,0±0,76
Мимика	12,1±0,91	13,4±2,16
Тон голоса	9,0±1,18*	4,4±0,82*

Примечание. * – различия достоверны по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$)

Таблица 10. Средние значения серий невербального поведения у больных ГБ первой и второй групп (баллы, $M \pm m$)

Серии невербального поведения	Первая группа (n=22)	Вторая группа (n=22)
Жесты	18,6±1,03	25,5±1,51*
Позы	6,7±0,86	9,25±1,08*
Мимика	12,9±0,93	10,0±0,82*
Тон голоса	9,3±1,02	8,1±0,95

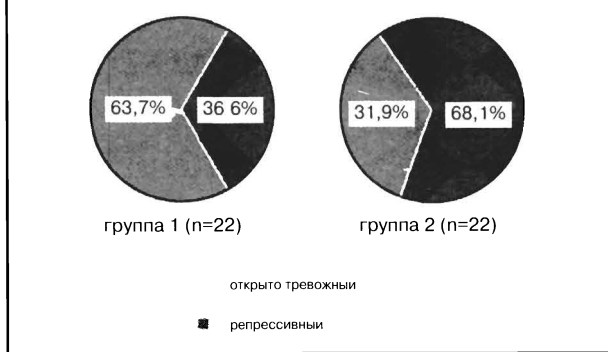
Примечания. * – различия достоверны при сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$)

вербального поведения выявлен статистически значимый сдвиг в сторону увеличения при сравнении с показателями реактивной тревожности до эксперимента, что в сочетании с показателями АД является подтверждением повышения тревожности в процессе эксперимента. Интересно, что в отдельных случаях суммарные показатели по сериям невербального поведения совпадают с показателями реактивной тревожности или очень близки к ним.

На основании показателей невербального поведения, эмоциональных реакций на успех или неуспех, самоотчетов испытуемых после эксперимента, взаимоотношений с экспериментатором в процессе эксперимента можно заключить, что поведение испытуемых является признаком, по которому можно судить о наличии тревоги. Поскольку удельный вес серий невербального поведения в структуре невербального поведения испытуемых различен, а также есть значимые различия в невербальном поведении как между испытуемыми обеих групп, так и подгруппами испытуемых внутри основной группы, можно говорить о наличии особенностей невербального поведения у больных гипертензией, которые заключаются в повышенном беспокойстве в ситуации экспериментально моделируемого эмоционального напряжения. Поведенческие реакции есть индивидуальные способы реагирования на "стресс" и, следовательно, способы борьбы с тревогой в процессе эксперимента по моделированию эмоциональной нагрузки. Несмотря на различие в поведении у подгрупп внутри основной группы и, следовательно, способах борьбы с тревогой, эти способы не являются эффективными для редуцирования тревоги в ситуации эмоциональной напряженности, так как все же у большинства испытуемых основной группы показатели невербального поведения, АД, реактивной тревожности достоверно выше, чем у контрольной, и сохраняются высокие уровни реактивной тревожности и беспокойства в поведении.

На основании данных, полученных в исследовании, можно заключить, что в результате эмоциональной напряженности поведение больных ГБ становится более беспокойным вследствие повышения тревожности. Следует отметить, что показатели реактивной тревожности после эксперимента повышаются не у всех испытуемых. Некоторые больные ГБ демонстрируют повышение реактивной тревожности, другие – ее понижение или неизменность показателей после проведения эксперимента. Кроме того, показатели АД не всегда повышаются после эксперимента, а у некоторых испытуемых могут понижаться. Данные явления подтолкнули нас к мысли о

Больные ГБ: тип реагирования на эмоциональный стресс.



неоднородности группы больных по способам реагирования в ситуации эмоционального напряжения. И на первом этапе исследования на основании изменения показателей АД, реактивной тревожности, наблюдаемых различий в поведении испытуемых в процессе эксперимента были выделены две подгруппы внутри основной

- подгруппа "открыто тревожные", у испытуемых которой наблюдали повышение показателей АД и реактивной тревожности после эксперимента в сочетании с открытым выражением тревоги, поведенческими реакциями самообвинения, выраженным моторным беспокойством,

- подгруппа "репрессивные", у испытуемых которой наблюдали повышение показателей АД и снижение показателей реактивной тревожности после эксперимента в сочетании с отрицанием наличия беспокойства, неприятных ощущений после эксперимента, хотя поведение этих испытуемых говорило об обратном

Следовательно, в ситуации эмоционального стресса по своим физиологическим, психологическим и поведенческим особенностям группа больных ГБ оказалась неоднородной: 50% "открыто тревожные", 50% "репрессивные". При этом 2/3 больных с "гипертензией на рабочем месте" были "репрессивные", тогда как во второй группе – только 1/3 пациентов (см. рисунок)

Таким образом, в результате моделирования эмоциональной напряженности наряду с изменениями показателей АД, реактивной тревожности был отмечен факт изменения поведения у больных ГБ, а также выявлены различия в поведенческих реакциях в ситуации экспериментально моделируемого эмоционального напряжения между испытуемыми основной группы, что стало основанием для выводов о неоднородности группы больных ГБ по поведенческим реакциям в ситуации эмоциональной напряженности и дальнейшем изучении их поведения. При детальном изучении поведения больных ГБ по видеозаписям хода эксперимента получены количественные данные, характеризующие невербальное поведение и подтверждающие обоснованность выделения подгрупп внутри основной вследствие ее неоднородности. На основании количественных данных выявлены статистически значимые различия как между больными ГБ и контрольной группами, так и между подгруппами внутри основной. Было установлено, что испытуемые основной группы в ситуации эмоциональной напряженности ведут себя более беспокойно, чем здоровые. Среди подгрупп внутри основной также были выявлены статистически значимые различия. Так, например, самыми беспокойными оказались испытуемые группы "репрессивные". По количеству мимической и голосовой активности на первом месте среди групп была группа "репрессивные", а по количеству жестов – группа "открыто тревожные".

Итак, действительно, группа больных ГБ неоднородна по поведенческим реакциям в ситуации экспериментально моделируемого эмоционального напряжения, каждая из групп имеет свои способы реагирования на "стресс". Удельный вес той или иной серии невербального поведения у каждой группы разный, особенности эмоционального реагирования на успех или неуспех, самооценка субъективной тревожности, самоотчеты отличаются в трех группах внутри основной, в чем и заключаются поведенческие особенности больных ГБ в ситуации эмоционального напряжения, что может играть одну из центральных ролей в патогенезе ГБ.

Выводы

1 У больных ГБ в ситуации эмоционального напряжения выделен комплекс физиологических, психологических и поведенческих особенностей, которые отличают их от здоровых лиц.

2 В процессе эмоциональной нагрузки у больных ГБ регистрируется достоверно больший подъем САД по сравнению со здоровыми лицами (в среднем на 11 и 3 мм рт.ст. соответственно). Уровень притязаний у этих пациентов характеризуется достоверно большей высотой, неадекватностью, неустойчивостью, а невербальное поведение – достоверно большим количеством жестов и изменением тона голоса, по сравнению со здоровыми людьми.

3 В ситуации эмоционального стресса по своим физиологическим, психологическим и поведенческим особенностям группа больных ГБ неоднородна: 50% "открыто тревожные", 50% "репрессивные". При этом 2/3 больных с "гипертензией на рабочем месте" были "репрессивные", тогда как во второй группе – только 1/3 пациентов.

4 Группа больных ГБ с "гипертензией на рабочем месте" по сравнению с пациентами с ГБ из второй группы характеризуется достоверно большим подъемом САД (в среднем на 14 и 3 мм рт.ст. соответственно) в ответ на эмоциональную нагрузку, отсутствием увеличения реактивной тревожности в процессе эмоционального стресса, большей частотой неадекватности (69,2%) и неустойчивости (46,1%) уровня притязаний, особенностями поведения (меньшим количеством жестов и поз, а также большей мимикой) по сравнению с пациентами, у которых АД в рабочий день такое же или ниже, чем в выходной.

Литература

- 1 Ольбинская Л.И. Артериальная гипертензия. М. Медицина. 1989.
- 2 Крчичиния Н.А., Порошин Е.Е. Особенности регуляции и ауторегуляции вегетативной функции при психоэмоциональном напряжении у лиц с разным уровнем артериального давления. Физиология человека. 1994. 20 (3): 89–97.
- 3 Campese VM. Neurogenic factors in hypertension: therapeutic implications. Ann Ital Med Int. 1994. 9: 39–43.
- 4 Гозин Е.Е., Сененко А.Н., Тюрин Е.И. Артериальная гипертензия. Л. Медицина. 1978.
- 5 Кобалава Ж.Д., Гудков К.М. Эволюция представлений о стрессе и цифрованной артериальной гипертензии и применении антагонистов рецепторов ангиотензина II. Кардиоваскул. тер. и профилактика. 2002. 2: 4–15.
- 6 Schrader J., Luders S. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen von AT1-rezeptorantagonisten. In: P. Dominiak, T. Unger. Angiotensin II AT1-rezeptor Antagonisten. Stenokop Verlag, Darmstadt. 1997.
- 7 Тополянски В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М. Медицина. 1986.
- 8 Ощепкова Е.В., Rogozova A.H., Варакин Ю.А. и др. Variability of arterial pressure (по данным 24 часового мониторинга) при мягкой артериальной гипертензии. Тер. арх. 1994. 8: 70–3.
- 9 Николаева В.В., Первичко Е.И., Степура О.В., Ралик Н.Л. Особенности эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца. Соц. и клин. психиатрия. 1995. 2: 24–34.