

3. Учитывая особенности реагирования сердечно-сосудистой системы детей подросткового возраста на эмоциональное напряжение в течение пятидневной учебной недели, можно предположить, что увеличение видов деятельности, приводящих к повышенному психоэмоциональному напряжению в дни наивысшей реактивности кардиогемодинамики, представляет собой фактор риска и может привести к нарушению функции сердечно-сосудистой системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антропова М. В. Анализ некоторых методик изучения общей умственной работоспособности школьников в возрастном аспекте // Новые исследования возрастной физиологии. 1977. № 9. С. 109.
2. Зинченко В. П., Леонова А. В., Муников В. М. Методы оценки функциональных состояний и динамики работоспособности // Материалы 13 съезда Всесоюзного физиологического общества им. И. П. Павлова, посвященного 150-летию со дня рождения И. М. Сеченова. Л.: Наука, 1979. Т. 1. С. 415-416.
3. Гигиенические требования к условиям обучения школьников в различных видах современных общеобразовательных учреждений. СП 2.4.2.782-99. М.: Минздрав России, 1999.
4. Литовченко О. Г., Логинов С. И., Авдеев В. Н. Адаптационный потенциал сердечно-сосудистой системы как показатель напряжения организма школьника // Биолого-химические и физико-математические методы исследования и средства: Материалы республ. научн.-практ. конференции. Кустанай, 1996. С. 122-130.
5. Чазов Е. И. Проблемы профилактики с позиции специализации и интеграции // Терапевтический архив. 1983. № 1. С. 5-9.
6. Ведяев Ф. П., Воробьева Т. М. Модели и механизмы эмоциональных стрессов. Киев: Здоровье, 1983.
7. Меерсон Ф. З. Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца. М.: Медицина, 1984.
8. Соколов Е. И. Изменения системной и внутрисердечной гемодинамики у здоровых лиц под влиянием эмоционального напряжения // Кардиология. 1987. № 4. С. 93-105.
9. Лакин Г. Ф. Биометрия. М.: Высшая школа, 1980.

*Алла Геннадьевна НАЙМУШИНА
докторант кафедры анатомии и физиологии
человека и животных
Тюменского государственного университета,
кандидат медицинских наук*

УДК 612.821:616.12-008.331.1:616.85

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НЕВРОЗАМИ

АННОТАЦИЯ. Представлена модель психосоматических соотношений, учитывающая взаимовлияние психических и соматических факторов на психологическом и клиническом уровнях у мужчин и женщин с артериальной гипертензией и неврозами.

Two dimensional psychological clinical model of psychosomatic interrelations is presented which proposes the estimation of the influence of both somatic and psychological factors within psychosomatic disorders pathogenesis of arterial hypertension, somatoform disorders (neuroses), asthenia symptoms men and women.

Актуальность исследования

В последние годы в связи с негативными изменениями условий жизни населения отмечен рост сердечно-сосудистых заболеваний и пограничных нервно-психических расстройств у лиц трудоспособного возраста. Эмоциональная сфера стала патогенной зоной в современном обществе, что привело к росту аффективных (тревожных и депрессивных) расстройств в виде соматических масок. Соматический фон часто полностью скрывает истинную причину вегетативных и астенических нарушений. Данное обстоятельство создает трудности в диагностике пограничных нервно-психических расстройств (неврозов) и заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), поскольку ряд авторов относят артериальную гипертензию (АГ) к психосоматическим заболеваниям [1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 18, 19].

В то же время вопрос о патофизиологической реакции организма при психоэмоциональном стрессе (ПЭС) и нозологической реализации сердечно-сосудистых заболеваний и соматоформных расстройств деятельности сердечно-сосудистой системы (неврозов) остается открытым. Ю. М. Поздняков и В. С. Волков не считают психоэмоциональный стресс первоочередной причиной возникновения сердечно-сосудистой патологии [7]. К. В. Судаков признает кардиогемодинамический патогенный эффект ПЭС лишь у лиц, отличающихся исходно слабыми характеристиками центральной нервной системы [11, 12]. Вместе с тем в седьмом докладе Всероссийского объединенного национального комитета по предупреждению, распознаванию, оценке и лечению повышенного артериального давления Европейского общества по артериальной гипертензии (АГ) и российских рекомендациях ВНОК (2003) указано, что для развития АГ более предпочтительными являются психосоциальные факторы, а не психоэмоциональные [8, 20].

Цель исследования

Провести комплексное психофизиологическое исследование лиц работоспособного возраста и оценить влияние психосоциальных и психоэмоциональных факторов в реализации психосоматических заболеваний.

Материал и методы исследования

Обследовано 5274 человек, 1822 женщины и 3452 мужчины в возрасте 25-55 лет с жалобами, характерными для неспецифического астенического синдрома (АС) — снижение работоспособности, головные боли и боли в области сердца, лабильное или высокое артериальное давление. Критериями формирования групп стали: наличие хронической психотравмирующей ситуации в течение 1 года и социальная адаптация личности (постоянные партнерские отношения, прописка, работа, отсутствие значимых финансовых и бытовых проблем). Всем пациентам измеряли артериальное давление (АД), рост, вес. Проводили электрокардиографию, биохимическое исследование крови, эхокардиографию (Эхо-КГ). Из экспериментальной группы исключили пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), сопутствующими соматическими и инфекционными заболеваниями, бо-

лезнями ЦНС, репродуктивной системы. Для объективной оценки психосоциальной сферы использовали метод прямого опроса [15] и стрессоустойчивости по Холмсу и Раге, психоэмоциональное состояние характеризовали по тестам J. Taylor (1953) и Г. Айзенка — EPI (1963). Пациенты были разделены на возрастные группы.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего было выделено 1345 человек в состоянии психоэмоционального стресса. У 443 мужчин и 199 женщин диагностировали АГ I-II степени, невроз — у 72 мужчин и 309 женщин, астенический синдром — у 153 мужчин и 169 женщин. При анализе психосоматических соотношений у всех пациентов доминирующими были жалобы на нарушения деятельности ССС (неприятные ощущения или боли в области сердца, усиленное сердцебиение, лабильность АД, повышенная утомляемость). Уровень АД у женщин с неврозом и астеническим синдромом соответствовал артериальной гипотонии вне зависимости от возраста. У мужчин с АС и неврозом гемодинамические показатели находились в оптимальных соотношениях.

Артериальной гипертензии в большей степени подвержены мужчины трудоспособного возраста. При АГ у мужчин и женщин зарегистрированы типичные изменения суточного профиля АД. Эхокардиографическое исследование позволило выявить гипертрофию миокарда левого желудочка у мужчин и женщин с АГ, средний возраст которых был, соответственно, $38,57 \pm 9,07$ лет у мужчин и $45,49 \pm 4,62$ лет у женщин. При неврозах у мужчин преобладали субъективные симптомы нарушения деятельности ССС в сочетании с высоким процентом (48%) повышенной эхогенности аорты. Признаки врожденных субклинических морфологических аномалий сердца зафиксированы в $1/3$ наблюдений (37%) у женщин с неврозом, а у мужчин с АС — в 45% случаев.

У всех пациентов вне зависимости от возраста и характера дисфункции уровень стрессоустойчивости по Холмсу и Раге был выше 300 баллов. Данный факт указывал на реальную опасность психосоматического заболевания. Подсчет суммы баллов давал возможность воссоздать картину ПЭС пациента. Анализируя показатели стрессовых факторов, установили, что для всех женщин по значимости на первом месте стояли сложности в отношениях с партнером, детьми, близкими родственниками или коллегами по работе; на втором — изменения профессиональной ориентации или условий работы, увольнение, конфликт с начальством; на третьем — финансовые трудности; на четвертом — сексуальная дисгармония.

Для мужчин с АГ и АС были приоритетны карьерные установки и проблемы с финансами; на втором месте по значимости психотравмирующих ситуаций обозначали сексуальную дисгармонию (у 38% эректильная дисфункция); на третьем — проблемы межличностных отношений с коллегами на работе и в семье, употребление алкоголя.

Для пациентов с неврозами определяющими стрессорами являлись трудности в отношениях с окружающими людьми, эректильная дисфункция (у 84% обследованных мужчин) и, как следствие, финансовые проблемы и алкоголизация.

На основании метода прямого опроса определили, что мужчины и женщины вне зависимости от возраста и нозологии были традиционно ориентированы на отношения с постоянным партнером, которые в идеале предполагали

взаимную эмоциональную и сексуальную привязанность. Однако нами установлено, что только 31% женщин могли бы назвать свои отношения гармоничными. Мужчины были привержены доминирующему ролевому поведению в семье, хотя и допускали равные права и возможности женщин в достижении профессиональных успехов, поддерживали и одобряли карьерный рост супруги, дочери, сестры. В то же время лучшая социальная адаптированность партнерши вызывала у мужчин высокую тревожность и страх потерять доминирующую роль.

Несмотря на серьезные карьерные установки, больше половины женщин ради благополучия близких людей, комфортного состояния домашнего очага приносят свои профессиональные устремления в жертву традиционным семейным ценностям. Но подобный шаг, со слов женщин, не был по достоинству оценен окружающими, что неизбежно формировало типичный внутриличностный конфликт. При этом женщины в своих неудачах были склонны винить либо себя, либо близких им людей. У мужчин признаков внутриличностного конфликта выявлено не было.

Тест-опросник Г. Айзенка ЕРІ (1963) был выбран нами для изучения социальной адаптации пациентов. Показатель «экстраверсия-интраверсия» характеризовал индивидуально-психологическую ориентацию человека преимущественно на мир внешних объектов (экстраверты — тип «А»), либо субъективный внутренний мир (интраверты — тип «В»). Амбивертам присущи черты обоих типов личности.

В возрастной группе 25-34 года у пациенток с АГ преобладали экстраверты и амбиверты, уровень тревожности среди них был низкий и средний с тенденцией к низкому. При АГ в возрасте 35-44 года большую часть составили амбиверты со средним с тенденцией к высокому и высоким уровнями тревожности. В старшей возрастной группе минимальное количество экстравертов (26%) и примерное равное соотношение амбивертов и интравертов. Именно у женщин 45-55 лет среди экстравертов с АГ наблюдали особую реакцию, связанную с отрицанием заболевания и низкими показателями уровня тревожности — «минимализаторы». Гипотетически предполагали, что данное состояние было вызвано страхом потери социального и карьерного роста.

У пациенток с неврозами были самые высокие показатели интраверсии. Прослежена корреляционная связь между шкалой интраверсии и высоким уровнем тревожности у этих женщин вне зависимости от возраста. Сочетание высокой и очень высокой тревожности и интраверсии предопределяло у пациенток с неврозами уход в болезнь и значимые внутриличностные проблемы.

У женщин с астеническим синдромом не выявили корреляции между уровнем тревожности и шкалой экстраверсии-интраверсии.

У мужчин число экстравертов увеличивалось с возрастом, так же как и распространенность артериальной гипертензии. Закономерностей встречаемости амбивертности и интраверсии в зависимости от возраста и корреляции между уровнем тревожности выявлено не было.

У мужчин с неврозами были самые высокие показатели интраверсии и тесная положительная корреляционная связь с уровнем тревожности вне зависимости от возраста. Сочетание высокой и очень высокой тревожности и интраверсии предопределяло у пациентов ипохондрический тип течения заболевания с ярко выраженными соматоформными расстройствами деятельности сердечно-сосудистой системы. У большинства мужчин выявили типичный комплекс психоэмоциональных нарушений. Такие пациенты пытались вести себя по отношению

к окружающим в соответствии с общепринятыми нормами и бесконфликтно. Интрапсихически такое поведение вызывало высокое эмоциональное напряжение, которое влекло за собой дисфункцию органов и систем. Безусловно, подавленная экспрессия и блокированная коммуникация предрасполагали у данной категории мужчин соматизацию ПЭС.

При астеническом синдроме у мужчин большую представленность имели показания амбивертности.

Измерение уровня тревожности (рис. 1) позволило получить интегральную количественную оценку эмоционального напряжения (ЭН). Длительное сохранение ЭН и тревожность свидетельствовали о нарушении психофизиологической адаптации при действии психотравмирующих факторов. Было установлено, что уровень тревожности не имел четкой половой дифференциации, увеличивался с возрастом и обозначал прогностическое значение только у пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами (неврозами).

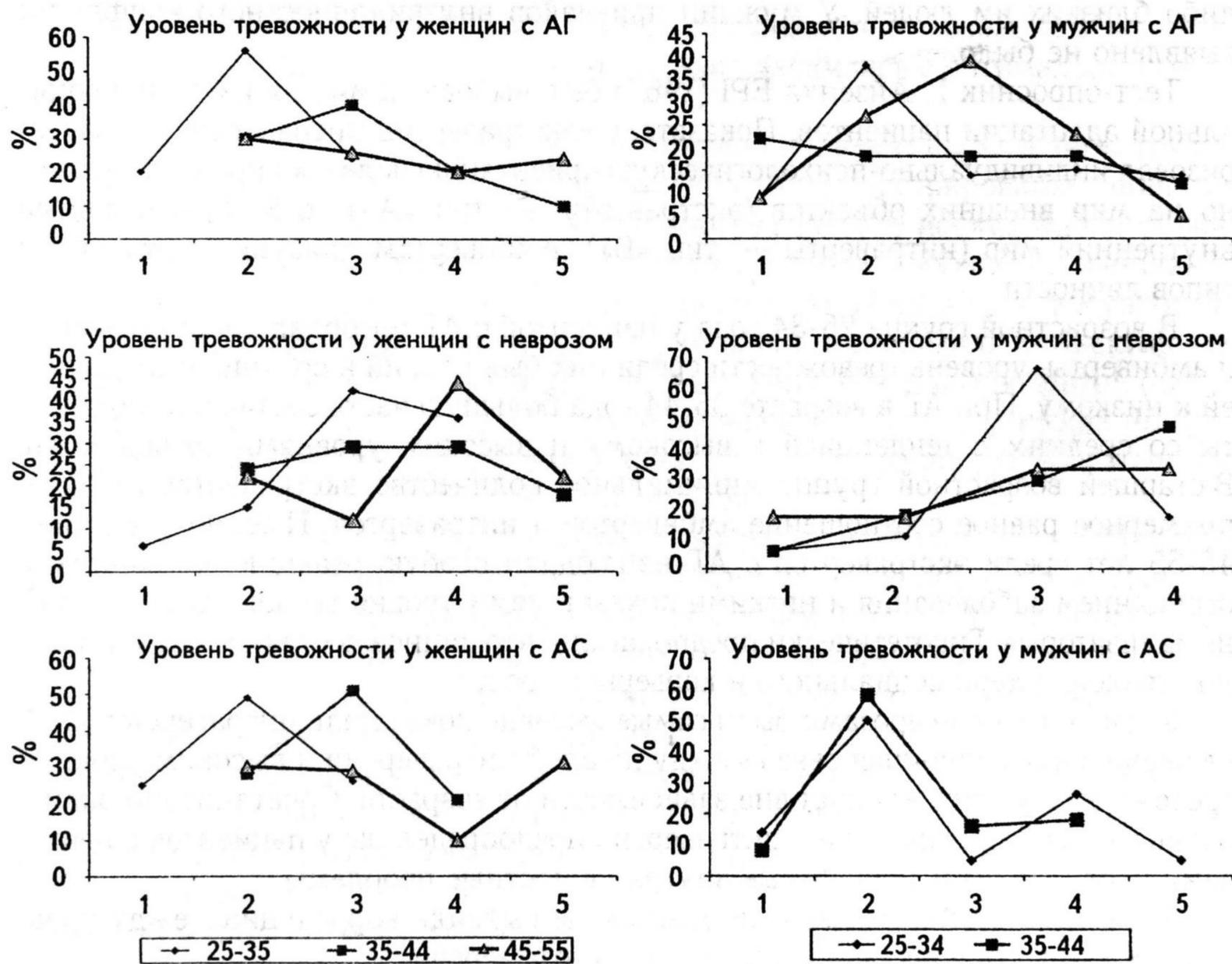


Рис. 1. Уровень тревожности у мужчин и женщин с артериальной гипертонией, неврозом, астеническим синдромом в зависимости от возраста:

1 — низкий; 2 — средний с тенденцией к низкому; 3 — средний с тенденцией к высокому; 4 — высокий, 5 — очень высокий

В 80-90-х гг. XX в. был сделан вывод о том, что существует сильная положительная связь между маскулинными качествами и психическим здоровьем, высокой самооценкой уровня социальной адаптации у мужчин и женщин независимо от пола. В рамках концепции андрогинии предполагалось, что мужчины и женщины не обязательно должны соответствовать традиционным моделям по-

ведения и могут сочетать как маскулинные, так и фемининные характеристики личностных черт. Наиболее приспособленным к жизни оказывался андрогинный тип, имеющий черты того и другого пола.

По результатам обследования установили, что для мужчин с АГ и АС доминанта высокомаскулинных черт личности определяла типичную манеру построения взаимоотношений в социуме.

Длительное наблюдение за мужчинами с пограничными нервно-психическими расстройствами показало, что именно у них происходила акцентуация на состоянии здоровья, наличии эректильной дисфункции, плохой социальной адаптации и доминировании фемининных черт характера.

Достоверного различия в преобладании фемининных либо маскулинных черт при АГ у женщин получено не было.

Вне зависимости от возраста у пациенток с невротами наблюдали ярко выраженные высокофеминные черты личности.

У женщин с астеническим синдромом корреляции между уровнем тревожности и шкалой экстраверсии-интраверсии, фемининности-маскулинности не было выявлено.

Выводы

1. Высокая распространенность артериальной гипертензии у мужчин (84,0%) и невротозов у женщин (58,6%) свидетельствует о половом диморфизме нозологической реализации психоэмоционального стресса. При психоэмоциональном стрессе существуют значимые половые различия функционирования системы кровообращения, при которых у женщин имел место более оптимальный вариант адаптации ССС к длительным психотравмирующим агентам. Субъективные нарушения превалировали над объективными изменениями сердечной деятельности.
2. Анализ психосоциальных факторов показал, что для женщин и мужчин характерно традиционное ролевое поведение. Для женщин, вне зависимости от дисфункции системы кровообращения, внутриличностный конфликт предопределял высокую степень ЭН и развитие психоэмоционального стресса. Для мужчин с АГ и АС ведущим фактором высокого психоэмоционального напряжения был страх потерять доминирующую роль, а для мужчин с невротозом значимыми были нарушения сексуальной гармонии и эректильная дисфункция.
3. Уровень тревожности не имел четкой половой дифференциации, увеличивался с возрастом и имел прогностическое значение только у пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами (невротозами). Значимым для нозологической реализации ПЭС являлось сочетание высокой и очень высокой тревожности и интраверсии у женщин и мужчин с невротозами.
4. Для мужчин с невротозом определяющими стрессовыми факторами стали трудности в отношениях с окружающими людьми, финансовые проблемы и алкоголизация. ЭД выступала в роли ведущего стрессора и клинического синдрома заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Асанова Л. М., Лаврова Т. Н. Психогенные невротические депрессии у женщин (психопатологический и психосоматический аспекты) // Журнал неврологии и психиатрии. 2001. № 11. С. 14-18.

2. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессия в неврологической практике. М.: Медицинское информационное агентство, 2002. 160 с.
3. Гафаров В. В., Громова Е. А. Личностная тревожность и риск инфаркта миокарда в популяции мужчин 25-64 лет г. Новосибирска // Актуальные проблемы кардиологии: Сб. тезисов X науч.-практ. конференции. Тюмень. 2003. С. 38-39.
4. Задиченко В. С., Хруленко С. Б., Петухов О. И. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска // Кардиология. 2002 № 8. С. 15-19.
5. Крыжановский Г. Н. Некоторые общепатологические и биологические категории: здоровье, болезнь, гомеостаз, саногенез, адаптация, иммунитет. Новые подходы и определения // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. № 2. 2004. С. 3.
6. Смулевич А. В., Рапопорт С. И., Сыркин А. Л. и др. Органые неврозы: клинический подход к анализу проблемы // Журнал неврологии и психиатрии. 2002. № 1. С. 15-21.
7. Поздняков Ю. М., Волков В. С. Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы. М.: Мир Отечества. 1997. 176 с.
8. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр) // Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». М.: ВНОК. 2004. 32 с.
9. Симоненко В. Б., Широков Е. А. Основы кардионеврологии: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2001. 240 с.
10. Смулевич А. В. Депрессии в общей медицине. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. 253 с.
11. Судаков К. В., Юматов Е. А. Эмоциональный стресс в современной жизни // Медицина и здравоохранение. М., 1991. 82 с.
12. Судаков К. В. Индивидуальность эмоционального стресса // Журнал неврологии и психиатрии им С. С. Корсакова. 2005. Т. 105. № 2. С. 4.
13. Федоров Б. М. Стресс, кардиологические аспекты // Физиология человека. 1997. Т. 23. № 2. С. 89.
14. Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Культура, эмоции и психическое здоровье // Вопросы психологии. 1999. № 2. С. 61-74.
15. Хомская Е. Д., Батова Н. Я. Мозг и эмоции. М.: Российское педагогическое агентство, 1998. 268 с.
16. Чазов Е. И. Дизрегуляция и гиперреактивность организма как факторы формирования болезни // Кардиологический вестник. 2006. Т. I (XIII). № 1. С. 5.
17. Александер Ф. Фундаментальные принципы психосоматического подхода // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000. № 1. С. 365-381.
18. Andrews, G., Neilson, M. et al. Diagnosis, personality and long-term outcome of depression. // Br. J. Psychiatry. 1990. Vol. 157. P. 13-21.
19. Chalmers, J. et al. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension // J. Hypertens. 1999. Vol. 17. P. 151-185.
20. JNC 7 Express. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program / NIH Publication № 03-5233. May 2003.