УДК 616-083.98 (082)

КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

В.М. Загуровский

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьковская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Ключевые слова: гипертонический криз, трансовая психотерапия, психофармакотерапия, способ реагирования, стратегия поведения.

В настоящее время при лечении гипертонической болезни (ГБ) и гипертонических кризов (ГК), применяют, как правило, медикаментозную терапию. Неоспорима принадлежность ГБ к психосоматической патологии, обязательным компонентом патогенеза которой являются психоэмоциональные нарушения [2, 4, 7]. Показано, что ГК — это способ реагирования личности на изменяющиеся условия существования. По клиническому течению ГК разделяются на психосоматический (ПС) и соматопсихический (СП) типы [2, 3]. Однако в литературе скудно освещена коррекция психоэмоциональных нарушений при ГК, которые представлены единичными данными использования препаратов с седативным эффектом [6].

Цель работы — изучение результатов применения трансовой психотерапии и психофармакотерапии при купировании ГК.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено при лечении больных ГБ I—II стадий, обратившихся за медицинской помощью на станцию скорой медицинской помощи по поводу ГК. Применялись следующие методы психотерапии: эриксоновский гипноз — 22 случая, нейролингвистическое программирование — 18, медикаментозный гипноз — 23, экспресс-гипноз — 19, психофармакотерапия — 25. Параллельно этим больным, как и в контрольной группе (42 человека), назначали стандартное медикаментозное лечение ГК. При исследовании использованы: тест Люшера, шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера—Ханина, Гиссенский опросник соматических жалоб, клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Трансовая психотерапия была выбрана на основании того, что при неотложных состояниях обнаружено большинство признаков измененных состояний сознания (особые состояния сознания) [2]. Об этом свидетельствовали изменения критики, восприятия окружающего мира, сосредоточение на переживании внутренних ощущений, сужение поля сознания с предельной концентрацией внимания на болезненных переживаниях и другие. Это несет высокий аффективный заряд, что также значительно способствует фиксации как патологических, так и лечебных изменений в структуре неотложного состояния. Следовательно, имеются веские предпосылки для использования этого особого состояния сознания для проведения трансовой терапии. Тем более, что оно напрямую связано с манифестацией механизмов болезненного поведения патологической стратегии поведения в виде болезненного способа реагирования личности [5].

Психотерапевтическое воздействие было направлено на патогенетические структуры как самого неотложного состояния, так и всего заболевания в целом. Это прежде всего ГК как способ реагирования личности [3, 4]. Второй мишенью была стрессорная реакция, возникающая на психовегетативный синдром собственно вегетативной дисфункции приступа. Третья — это болезненный способ поведения как структура патологической стратегии поведения личности [3, 5].

Анализ данных выявил идентичные изменения в группах, что позволило объединить их в одну — трансовая терапия и психофармакотерапия. При клинико-патологическом исследовании наблюдалось почти полное купирование всех составляющих (соматических, вегетативных, психоэмоциональных) ГК. Отдельные сенсорно-вегетативные и вегетовисцеральные симптомы обнаруживались только при детальном расспросе, без акцентирования на них внимания не осознавались больными. Психоэмоциональные проявления ГК оставались в виде слабой внутренней тревоги и напряжения, причиной которых был страх перед возобновлени-

ем приступа, развитием инфаркта и других тяжелых осложнений, внезапной смерти. Они носили, скорее, когнитивный характер. Отрицательные эмоции и напряжение были также вызваны событиями и состояниями, на фоне которых или которые привели к развитию приступа.

При анализе повременного регресса симптоматики ГК обнаружено, что при ПС типе первыми прекращаются психоэмоциональные и ведущие вегетовисцеральные проявления (этап первичной симптоматики [4]). Соматические проявления и снижение артериального давления наблюдались на втором этапе (этап вторичной симптоматики). При СП типе сначала снижалось артериальное давление и угасали соматические симптомы ГК. Незначительное количество симптомов вегетовисцерального характера регрессировало на втором этапе. Симптомы синдрома стрессорной реакции на ГК уменьшались на третьем этапе после купирования всех составляющих ГК (этап стрессорной реакции). Особенно выраженный и быстрый эффект наблюдался при ПС типе кризов.

При экспериментально-психологическом исследовании у всех пациентов определялась умеренная личностная тревожность: ПС = −35,31 ± 1,47 и СП = −26,17 ± 1,50 $P_1 < 0,01$, $P < 0,05$. Реактивная тревожность была на нижнем уровне умеренной или невысокой: ПС = −34,05 ± 1,26 и СП = −27,37 ± 1,22 ($P_1 < 0,01$, $P < 0,05$). Сохранялись достоверные различия уровней в зависимости от клинического типа ГК. Общий показатель уровня соматических жалоб не превышал 30 баллов с возрастанием по шкалам: M < E < G < H и зависел от типа ГК: ПС = −29,40 ± 1,62 и СП = −23,54 ± 1,49 ($P_1 < 0,01$, $P < 0,05$).

Данные выявления и оценки невротических состояний при трансовой психотерапии и психофармакотерапии были также ниже по сравнению с группой медикаментозной терапии (табл. 1). Отмечено соответствие уровней тревоги, депрессии и обсессивных нарушений с невротической симптоматикой в клинической картине. Эти показатели были достоверно выше, чем при ПС типе ГК или проявляли подобную тенденцию.

По результатам теста Люшера у всех пациентов определялся источник стресса от 2 до 3 баллов интенсивности. Компенсация источника стресса представлена в 60% ($P < 0,01$) случаев основными цветами, в остальных — дополнительными. Отмечено уменьшение интенсивности стресса и нормализация компенсаторных реакций. Уменьшение стресса происходило за счет перемещения основных цветов к началу ряда, особенно при ПС типе ГК, что свидетельствовало о нормализации компенсаторных механизмов. Однако они продолжали носить патологический характер за счет дополнительных цветов в начале рядов. Это подтверждало наращивание мощности патологического типа компенсации при этом типе ГК. Сохраняется преимущественное расположение темных цветов вегетативной дисфункции в начале рядов при СП типе. Высокая нестабильность выбора и отклонение от нормы более выражены при ПС типе ГК, что подтверждает глубину психологических нарушений.

Медикаментозная терапия приводит к полному купированию соматической и частичному — сенсорновегетативной или вегетовисцеральной симптоматики ГК на фоне нормализации артериального давления. Наиболее выраженный эффект наблюдался при СП типе кризов. Психоэмоциональные симптомы не изменялись или лишь незначительно ослабевали. Различий в эффективности их нейтрализации в зависимости от типа кризов не выявлено, но больные с СП типом чувствовали себя гораздо комфортнее. Вероятно, это объясняется изначально менее выраженными психоэмоциональными нарушениями при последнем.

Психоэмоциональные симптомы оставались в виде внутренней тревоги и напряжения, причиной которых был страх перед возобновлением ГК, развитием инфаркта, инсульта. На втором месте причиной этих симптомов было то психоэмоциональное напряжение, на фоне которого возник криз. Остаточная психоэмоциональная симптома-

Таблица 1. **Уровни невротических состояний при трансовой психотерапии ГК**

Шкала опросника	Показатели по типу ГК		Среднее всех групп
	ПС	СП	
Тревоги	−2,71 ± 0,36	−2,10 ± 0,25; P > 0,05	2,41 ± 0,31
Депрессии	−2,37 ± 0,30	−1,39 ± 0,27; P < 0,05	1,88 ± 0,29
Астении	−1,23 ± 0,24	−0,63 ± 0,24; P > 0,05	0,93 ± 0,24
Истерии	−1,21 ± 0,31	−0,78 ± 0,24; P > 0,05	1,00 ± 0,28
Обсессивно-фобическая	−2,04 ± 0,22	−1,16 ± 0,33; P < 0,05	1,60 ± 0,28
Вегетативная	−5,52 ± 0,30	−4,19 ± 0,36; P < 0,01	5,21 ± 0,33

тика часто становилась пусковым фактором повторного ГК.

Повременной анализ регресса клинической картины под влиянием лечения позволил обнаружить зависимость инволюции симптоматики от типа гипертонического криза. Различия состояли в том, что при ПС типе кризов, инволюция клинических проявлений начиналась со стабилизации, ослабления и исчезновения вторичных вегетовисцеральных и психоэмоциональных симптомов. В дальнейшем стабилизировался уровень артериального давления и наблюдалось ослабление соматической симптоматики. При СП типе криза первично инволюционировали соматические симптомы на фоне стабилизации артериального давления. В обоих случаях стрессорная реакция регрессировала постепенно и на фоне стабилизации соматического и психоэмоционального статусов. Наиболее чувствительными к проводимой медикаментозной терапии были соматические симптомы психовегетативного синдрома ГК [3, 4]. Психоэмоциональные нарушения, как первичные при ПС типе или вторичные при СП, более ригидны к лечению. В некоторых случаях они могут возобновить клинику гипертонического криза. Психовегетативный синдром стрессорной реакции на внезапно развившуюся психовегетативную бурю ГК инволюционирует медленно, может сохраняться часами в виде тревоги, напряжения, нарушения работоспособности, сна и т. д.

При экспериментально-психологическом исследовании у всех пациентов определялся повышенный уровень личностной тревожности: ПС = −44,57 ± 1,53 ($P < 0,01$) и СП = −33,40 ± 1,38 ($P_1 < 0,01$, $P < 0,01$). Реактивная тревожность была на уровне: ПС = −43,81 ± 1,53 ($P < 0,01$) и СП = −34,69 ± 1,42 ($P_1 < 0,01$, $P < 0,01$). Эти различия достоверны и зависят от типа кризов. Общий балл по результатам Гиссенского опросника соматических жалоб при ПС типе ГК = −38,72 ± 1,12 и СП = −29,95 ± 1,64 ($P_1 < 0,01$, $P < 0,01$) с распределением по возрастающей по шкалам: M < E < G < H. Сохраняются достоверно более высокие уровни баллов при ПС типе кризов. Эти выявления и оценки невротических состояний были выше, чем при применении трансовой психотерапии ГК. Отмечено соответствие уровней тревоги, тревожности и обсессивных данных с наличием невротических нарушений в клинике заболевания. Сохраняются достоверные различия в зависимости от типа ГК (табл. 2).

По результатам теста Люшера у всех пациентов определялся источник стресса от 3 до 5 баллов интенсивности. Компенсация источника стресса представлена в 58% ($P < 0,01$) случаев основными, в остальных — дополнительными цветами. Стресс уменьшался в основном за счет СП типа ГК и с увеличением доли «нормального» типа компенсации. При ПС типе преобладает «патологическая» компенсация с использованием дополнительных цветов. Содержание рядов не отличается от такового до лечения. Анализ демонстрирует наращивание мощности «патологического» способа компенсаторных реакций, особенно при невротической симптоматике. СП тип не сопровождается этим процессом или он менее выражен. Высокие нестабильность выбора и отклонение от нормы подтверждают глубину стресса и патологического реагирования при ПС типе кризов.

Таким образом, медикаментозная терапия как самостоятельный метод позволяет эффективно купировать соматические и частично вегетативные составляющие психовегетативных синдромов. Это относится как к собственно вегетативной дисфункции, так и к стрессорной реакции. Следовательно, данный метод терапии не позволяет достичь положительных изменений в купировании психоэмоциональных нарушений клиники ГК.

Применение психофармакотерапии, трансовой терапии и их сочетания на фоне стандартного медикаментозного лечения приводило к полному купированию клинических проявлений обоих структурных психовегетативных синдромов ГК. Все показатели применяемых методов исследования свидетельствовали о том, что они находятся на уровне

Таблица 2. **Уровни невротических состояний при медикаментозной терапии ГК**

Шкала опросника	Показатели по типу ГК		Среднее всех групп
	ПС	СП	
Тревога	−5,42 ± 0,30	−3,79 ± 0,38; $P < 0,001$	4,61 ± 0,34
Депрессия	−3,67 ± 0,31	−2,03 ± 0,28; $P < 0,001$	2,85 ± 0,30
Астения	−1,42 ± 0,31	−1,68 ± 0,37; $P > 0,05$	1,55 ± 0,34
Истерия	−2,04 ± 0,28	−1,33 ± 0,24; $P > 0,05$	1,69 ± 0,26
Обсессивно-фобическая	−3,10 ± 0,32	−1,68 ± 0,35; $P < 0,01$	2,39 ± 0,34
Вегетативная	−9,09 ± 0,34	−6,93 ± 0,38; $P < 0,01$	8,01 ± 0,36

таковых в межприступном периоде. Данные экспериментально-психологического исследования даже проявляли положительную динамику с таковыми в межприступный период. При этом более выраженный эффект нормализации наблюдался при ПС типе кризов. Этот факт связан, вероятно, с более выраженным их проявлением при данном типе. Таким образом, применение психофармакотерапии и трансовой терапии как самостоятельно, так и совместно дает одинаковые результаты и приводит к купированию всех структур ГК.

Повторное обследование пациентов этих групп спустя 10—12 нед после лечения выявило определенные особенности. Так, при медикаментозном, включая и психофармакотерапию ГК клиническое течение межприступного периода ГБ и частота и структура кризов не менялись. Данные всех методов исследования не отличались от таковых в межприступный период. Это свидетельствует о том, что медикаментозное лечение и психофармакотерапия являются способом купирования соматических и психоэмоциональных нарушений при собственно ГК и не оказывают при разовом применении влияния на дальнейшее течение заболевания.

При применении трансовой терапии как самостоятельно, так и с психофармакотерапией обнаружено значительное изменение как межприступного течения ГБ, так и ее острых проявлений в виде ГК. У некоторых пациентов полностью прекращались кризы, в другой — становились более редкими и носили значительно более легкий, абортивный характер. Последние, по своим характеристикам, напоминали панические атаки при вегетососудистой дистонии. Инструментальные данные и результаты экспериментально-психологического исследований позволяют выявить уменьшение уровня патологических отклонений. Однако данные не находятся в пределах границ нормы и носят патологический характер. Изменяется лишь степень отклонения. Эти изменения были более выраженные при ПС типе кризов.

Полученные результаты можно объяснить следующим образом. В группах пациентов, где совсем исчез ГК, трансовая терапия привела к полному блокированию болезненного способа реагирования в виде кризов. С другой стороны, «остаточные» явления в межкризовом периоде свидетельствуют о существующем в фоновом режиме болезненного поведения личности, как второго уровня стратегии поведения. Отсутствие ее манифестации может быть связано также и с тем, что болезненная стратегия поведения в недостаточной степени трансформировала остальные стратегии поведения. А способ реагирования в виде ГК еще не начал ими использоваться как универсальный.

В случаях со значительным уменьшением частоты и их проявлением в виде абортивных форм кризы, вероятно, запускаются не истинными пусковыми факторами. Они начинают манифестировать при актуализации болезненной формы поведения. Наталкиваясь на программу запрета, блокирования кризов как способа реагирования, клинические проявления принимают абортивную форму. Кроме того, у этих пациентов, скорее всего, произошла трансформация ГК в универсальный способ реагирования, который могут использовать и другие, модифицированные стратегии поведения.

Таким образом, трансовая психотерапия в процессе купирования ГК полностью устраняет или значительно уменьшает их частоту и тяжесть. Такой эффект при направленности психотерапевтического вмешательства на блокирование кризов, как способа реагирования, подтверждает наши предположения о той нагрузке, которую они несут для личности. Именно воздействие на механизмы кризов в момент их манифестации позволяет добиться положительного эффекта. Этот факт и наличие в межкризовом периоде более низкого уровня патологических отклонений по сравнению с группой без трансовой терапии, подтверждает концепцию о двухуровневой организации патологической стратегии поведения личности. Блокирование одного уровня, как способа реагирования личности в виде ГК, значительно ослабляет патологическую стратегию поведения. Однако для дальнейшего и полного ее изменения или нейтрализации требуется, вероятно, психотерапевтические мероприятия по коррекции личности в межкризовый период.

ВЫВОДЫ

1. Медикаментозная терапия гипертонических кризов позволяет нейтрализовать соматические и частично — вегетативные составляющие приступов.
2. Медикаментозная терапия гипертонических кризов не оказывает влияния на большинство симптомов психоэмоционального характера.
3. Трансовая психотерапия и психофармакотерапия на фоне медикаментозной купирует все клинические составляющие гипертонических кризов.
4. Медикаментозная терапия, включая психофармакотерапию, при гипертонических кризах не влияет на дальнейшее течение кризов и межкризового заболевания.
5. Трансовая психотерапия (самостоятельно и в сочетании с психофармакотерапией) на фоне медикаментозной терапии при лечении гипертонических кризов положительно влияет на дальнейшее течение межкризового периода, уменьшает частоту и тяжесть кризов.

Перспектива дальнейших исследований — разработка этапности и преемственности методов психотерапии по коррекции приступов стенокардии как способа реагирования в момент его манифестации, так и патологического поведения в межприступный период, как двух уровней единой патологической стратегии поведения личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Анохин П.К.* Очерки по физиологии функциональных систем.— М.: Медицина, 1975.— 447 с.
2. *Ахметов Т.И., Жидко М.Е.* Психотерапия в особых состояниях сознания.— Харьков: Фолио, 2000.— 768 с.
3. *Загуровский В.М.* Патогенетическая модель механизмов развития психосоматических нарушений // Медицина неотложных состояний.— 2006.— № 1 (2).— С. 106 — 110.
4. *Загуровский В.М.* Экспериментально-психологические и клинико-психопатологические характеристики гипертонических кризов // Клінічна та експериментальна патологія.— 2005.— Т. 4, № 2.— С. 37—41.
5. *Загуровский В.М.* Место критических состояний в клинике психосоматической патологии сердечно-сосудистой системы // Патология.— 2005.— Т. 2, № 3.— С. 39—40.
6. *Судаков К.В.* Общая теория функциональных систем.— М.: Медицина, 1984.— 208 с.
7. *Сыропятов О.Г.* Психофармакотерапия в общей медицинской практике (пособие для врачей общей практики).— К., 1998.— 24 с.
8. Функциональные системы организма: Руководство /Под ред. К.В. Судакова.— М.: Медицина, 1987.— 432 с.
9. *Rozanski A., Blumenthal J.A., Kaplan J.* Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy // Circulation.— 1999.— Apr 27; 99 (16).— P. 2192—2217.

КЛІНІКО-ПАТОЛОГІЧНІ ДАНІ ПСИХОТЕРАПІЇ І ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ ГІПЕРТОНІЧНИХ КРИЗІВ

В.М. Загуровський

Використання методів трансової психотерапії і психофармакотерапії на тлі стандартної медикаментозної терапії для купірування гіпертонічних кризів дає змогу нейтралізувати в повному обсязі психовегетативний синдром. Завдяки психотерапевтичному впливові на криз як на психосоматичний спосіб реагування особистості можна нейтралізувати або значно послабити його виникнення та перебіг хвороби надалі, чого не досягти психофармакотерапією. Найбільший ефект дає поєднання цих методів лікування хвороби.

CLINICAL AND PATHOLOGICAL DATA OF A PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF HYPERTENSION STROKE

V.M. Zagurovskij

The use of the methods of trance psychotherapy and psychopharmacotherapies on a background of standard pharmacotherapy for hypertension stroke relief allows to fully neutralize the psychovegetative syndrome. Due to psychotherapeutic effects the as on a psychosomatic mode of reacting of the person it is possible to neutralize or significantly attenuate its onset and further course that cannot be achieved with psychopharmacotherapy. Combination of these treatment methods gives the maximal effect.