

5. Суточникова О.А., Соколов А.С., Авдеев С.Н., Денисов М.А. Отечественные препараты для лечения бронхиальной астмы: Методические рекомендации для врачей общей практики. — М., 2004.

6. Цой А.Н., Архипов В.В. // Тер. арх. — 2003. — № 3. — С. 1-5.

7. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. — М., 2003.

Поступила 14.10.04.

POSSIBILITIES OF MODERN COMBINATION THERAPY OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND BRONCHIAL ASTHMA

A.A. Vigel, A.A. Gilmanov, A.E. Samerkhanova,
V.A. Sergeev, E.Yu. Pronina

S u m m a r y

The effectiveness of combination of an inhaled steroids and short-acting broncholytic was compared

with effects of the short course (2 weeks) of prednisolone added to the same inhaled combination in patients with moderated chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and bronchial asthma (BA). It was shown that the new long-acting broncholytic tiotropium bromide could be recommended in stable moderate COPD, where as in exacerbation and severe disease short courses of oral prednisolone are expedient; prednisolone being much less effective in COPD than in BA. Inhaled steroids are effective both in moderate and severe BA. Short course of prednisolone in severe BA enables fast relieve of obstruction and subsequent use of inhaled steroids in combination with broncholytics provides further bronchodilation.

УДК 616. 12 - 008. 331. 1 - 02 - 06 : 616. 89

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Р.Р. Набиуллина

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии (зав. проф. А.М.Карпов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Признавая многофакторность развития артериальной гипертензии (АГ), следует отметить, что она является одним из наиболее ярких психосоматических заболеваний, и в ее развитии играет роль длительное эмоциональное напряжение [6, 8]. Сторонники психосоматической концепции патогенеза АГ признают нарушения центральной регуляции кровообращения ведущим фактором в развитии заболевания. Гемодинамический ответ на стресс по своему характеру очень близок к особенностям гемодинамики, наблюдаемым у большинства лиц с АГ в состоянии покоя (склонность к тахикардии, повышение АД из-за преимущественного увеличения сердечного выброса) [2]. Существенное значение в манифестации АГ имеет эмоциональный стресс [4, 5, 9]. Важную роль в адаптации к стрессорам играют характерологические и фрустрационные особенности личности больного. Именно личность определяет преимущественные формы эмоционального реагирования и тем самым повторяемость физиологических изменений в организме. Характерологические особенности личности в определенной мере генетически детерми-

нированы как у лиц с нормальным артериальным давлением, так и у больных АГ [3].

Одним из факторов, определяющих формы эмоционального реагирования и особенности реагирования личности на стресс, являются психологические защитные механизмы (ПЗМ). Защитные механизмы в психотравмирующей ситуации выступают в роли своеобразных барьеров на пути продвижения информации. В результате тревожная информация либо игнорируется, либо искажается, либо фальсифицируется. ПЗМ снижают напряженность, улучшают самочувствие и тем самым приспособливают человека к ситуации, уменьшая тревогу и страх. Однако, кроме адаптивной функции, ПЗМ приводят к негативным последствиям. Во-первых, ПЗМ создают для личности множество ограничений и приводят человека к замкнутости и изоляции. Во-вторых, значительные затраты энергии, которые необходимы для поддержания работы ПЗМ на оптимальном уровне, вызывают ощущение хронической усталости или повышают общий уровень тревожности. В-третьих, избыточное включение ПЗМ не позво-

ляет личности осознавать объективную, истинную ситуацию, адекватно и творчески взаимодействовать с миром. Кроме того, при проведении психотерапевтической работы ПЗМ формируют определенные препятствия, сопротивление переработке психотравмирующего содержания переживаний. Мы предполагаем, что изучение особенностей ПЗМ у больных АГ позволит повысить эффективность психотерапевтической коррекции психических нарушений при АГ и снизить артериальное давление.

Цель данного исследования: изучить ПЗМ у больных АГ и лиц с нормальным артериальным давлением и сравнить выраженность и структуру основных ПЗМ у больных АГ в зависимости от наличия или отсутствия у них пограничных психических расстройств (ППР). В первую очередь нас интересовало, какую роль играют ПЗМ в возникновении АГ и ППР у больных АГ.

Было обследовано 359 женщин: 260 с АГ I-II стадии (средний возраст - 50,0 0,4 года, средний уровень систолического АД - 161,0 1,8 мм Hg, диастолического - 97,6 0,8 мм Hg) и 99 с нормальным АД (средний возраст - 46 0,4 года, систолическое - 116,0 1,0 мм Hg, диастолическое - 77,0 0,6 мм Hg). Из исследования были исключены беременные, женщины с патологическим климаксом [7], страдавшие алкоголизмом, эндогенными депрессиями, больные с признаками грубого органического поражения головного мозга и с психотической симптоматикой как на момент обследования, так и перенесшие подобные состояния в прошлом.

Были использованы клинические дефиниции и диагностические критерии МКБ-10, а также клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний [10]. Клинический опросник включает в себя шесть шкал: шкалы тревоги и невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений. Выделение этих шкал позволяет оценить качественное своеобразие невротической симптоматики, выделить среди множества симптомов ведущие синдромы или их сочетания, что важно для клинического анализа.

Для изучения выраженности ПЗМ применялся тест LSI (life style index)-

Таблица 1

Выраженность ПЗМ у больных АГ и лиц с нормальным артериальным давлением (М ± m)

ПЗМ	Больные АГ	НАД
Отрицание	7,09 0,25	8,4 0,17
Подавление	5,9 0,18*	3,1 0,22
Регрессия	7,82 0,26*	3,3 0,30
Компенсация	4,72 0,20	3,8 0,24
Проекция	8,21 0,26*	4,1 0,21
Замещение	4,15 0,22*	2,7 0,20
Интеллектуализация	8,14 0,24	9,1 0,22
Реактивное образование	6,65 0,23	4,9 0,19
Общий уровень напряженности	52,68	41,4

* Различия достоверны ($p < 0,05$). То же в табл. 2.

индекс жизненного стиля. Эта методика была описана в 1979 году на основе психоэволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности Н. Kellerman [11]. Она позволяет определять структуру и выраженность основных механизмов психологической защиты: отрицание, подавление, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование.

Для статистического анализа вычисляли критерий χ^2 - углового преобразования Фишера и критерий Стьюдента.

Во время первого этапа исследования были протестированы с использованием теста LSI все женщины (табл.1). Общий уровень напряженности (суммарная оценка по всем шкалам) у больных АГ оказался выше, чем в популяции здоровых людей (соответственно 52,68 и 41,4; $p < 0,05$).

Различия между популяционной нормой и показателями больных АГ были представлены следующим образом: имелось достоверное повышение по шкалам подавления, регрессии, проекции, замещения и реактивного образования. Перечисленные защитные механизмы определяют черты характера и предрасположенность к психосоматическим заболеваниям, в частности к развитию АГ (замещение и проекция - классические ПЗМ больных АГ). В то же время выявлялась низкая напряженность ПЗМ по шкалам отрицания и интеллектуализации. Низкая напряженность интеллектуализации обусловливается недостаточной способностью больных АГ к нейтрализации переживаний, вызванной неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией при помощи логичес-

ких установок, а также несовершенством “умственного способа преодоления конфликтной (фрустрирующей) ситуации, включающей аналитический подход к решению проблем. У здоровых людей “отрицание” занимает ведущее место. Снижение по шкале интеллектуализации объясняется низкой способностью больных к нейтрализации переживаний, вызванных неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией при помощи логических установок, а также несовершенством “умственного” способа преодоления конфликтной ситуации, включающего аналитический подход к решению проблем.

Во время второго этапа тестирования проводилась диагностика ППР у больных АГ с использованием клинико-психопатологического метода и опросника для выявления и оценки невротических состояний [10]. Были получены следующие результаты: лиц с неустойчивой психической адаптацией оказалось 54 (20,8%) человека, с психической дезадаптацией, т.е. с нозологически оформленными ППР, - 148 (56,9%). В соответствии с принципом нозологического подхода к диагностике психических заболеваний все они были разделены на три основные группы, представленные в следующих диагностических рубриках МКБ-10:

I. F06 - психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни (в частности, у 3 больных было непсихотическое депрессивное расстройство / F06.361, у 6 - органическое тревожное расстройство / F06.41, у 12 - органическое астеническое расстройство / F06.6).

II. F30 - F39 - расстройства настроения (у 20 - депрессивный невроз / F34.1).

III. F40 - F49 - невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (у 58 - реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации / F43.21, у 49 - неврастения / F48.0).

Для анализа ПЗМ мы объединили этих больных в 1-ю группу. Во 2-ю группу вошли 58 (22,3%) больных АГ, у ко-

Таблица 2

Выраженность ПЗМ у больных АГ и лиц с нормальным артериальным давлением (М m)				
ПЗМ	Больные АГ с ППР		НАД	
	абс.	%	абс.	%
Отрицание	63	31,18	18	31,03
Подавление	125	61,88*	26	45,82
		($p=0,015$)		
Регрессия	186	92,07	50	86,20
Компенсация	140	69,7	34	58,62
		($p=0,059$)		
Проекция	165	81,68	45	77,58
Замещение	154	76,23*	32	55,17
		($p<0,001$)		
Интеллектуализация	65	32,17	19	32,75
Реактивное образование	180	89,10*	38	65,51
		($p<0,001$)		

торых отсутствовали ППР или лица со стабильной психической адаптацией.

При сравнении ПЗМ у больных 1 и 2-й групп (табл.2) были выявлены следующие особенности. В 1-й группе выраженность реактивного образования была выше, чем в норме, у 180 (89,1%) человек, во 2-й - у 38 (65,51%). Реактивное образование позволяет предотвратить выражение неприемлемых для личности мыслей, чувств и поведения с помощью развития противоположных реакций. Использование реактивного образования свидетельствует о склонности личности к подавлению агрессивных импульсов, т.е. чем больше блокируется агрессивность больных АГ, тем выше вероятность формирования на фоне АГ пограничных психических расстройств. Напряженность замещения в 1-й группе была также достоверно выше, чем во 2-й, - у 154 (76,23%) и 32 (55,17%). При замещении негативные эмоции переносятся с их первоначального объекта на более приемлемый или безопасный заменитель. Другим вариантом замещения может быть агрессия на себя, что психологически проявляется угрызениями совести, заниженной самооценкой, неверием в свои способности. По Ф. Александеру [1] замещение является характерной для АГ защитой и играет свою патогенную роль в формировании ППР. Реактивное образование и замещение ведут к накоплению внутреннего напряжения, нервозности, беспо-

койства, которые сопровождаются активацией вегетативной нервной системы и создают состояние застойного эмоционального напряжения. Выраженность подавления также преобладала в 1-й группе - у 125 (61,88%) и 26 (45,82%). При подавлении происходят более сознательное, чем при вытеснении, избегание тревожащей информации, отвлечение внимания от осознаваемых аффектогенных импульсов. При подавлении страх блокируется путем забывания реального стимула и обстоятельств, связанных с ним по ассоциации. Обычно подавление проявляется при сдерживании эмоции страха и преодолении зависимости от агрессора. Исследование механизма компенсации у 141 (69,8%) и 34 (58,62%) позволило выявить тенденцию к их преобладанию в группе больных АГ с ППР ($p=0,059$). Компенсация способствует предотвращению выражения неприятных или неприемлемых поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений. Это свидетельствует о попытках больных АГ найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств, или поведенческих характеристик другой личности с целью избегания конфликтных ситуаций и повышения чувства самодостаточности. При сравнении механизмов проекции, регрессии, отрицания и интеллектуализации различий в 1 и 2-х группах не оказалось.

Таким образом, у больных АГ выявлено общее повышение уровня фрустрационной напряженности по сравнению с таковым у лиц с нормальным артериальным давлением за счет большей выраженности таких защитных механизмов, как подавление, регрессия, проекция, замещение, реактивное образование. Кроме того, у больных АГ с психическими нарушениями по сравнению с больными АГ без таковых имеют место б льшая выраженность отдельных ПЗМ и их дезадаптивное сочетание, что

может обуславливать возникновение ППР которые необходимо учитывать при психотерапевтической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. - М., 2002.
2. Алмазов В.А., Шляхто Е.В., Соколова Л.А. Пограничная артериальная гипертензия. - СПб, 1992.
3. Аминова Э.М. Значение психологических и других факторов риска в развитии артериальной гипертензии с позиции мембранной теории ее происхождения: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. - Казань, 2004.
4. Волков В.С., Цикулин А.Е. // Тер. арх. - 1985. - № 10 - С.108-112.
5. Дорничев В.М., Григорьев Г.И., Горнаев Б.И. // Вестн. гипнол. и психотер. - 1992. - № 2 - С.78-81.
6. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. - М., 1950.
7. Менделевич В.Д. Психопатология климакса. - Казань, 1992.
8. Мясников А.А. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. - М., 1965.
9. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. - М., 1995.
10. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Опросник для выявления и оценки невротических состояний. Метод. рекоменд. - Казань, 1978.
11. Plutchik R., Kellerman H., Conte H. A. Structural theory of ego defenses and emotions/ In: E.Isard. Emotions in personality and psychopathology. - N.-Y., 1979. - P.229-257.

Поступила 30.11.04.

CORRELATION BETWEEN THE MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL DEFENCE AND FORMATION OF BOUNDARY MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

R.R. Nabiullina

S u m m a r y

The factors of psychological defence in patients with arterial hypertension (AH) and in people with normal blood pressure (BP) were studied. 359 women were included: 260 with I-II stage of AH and 99 healthy women with normal BP. In hypertensive patients with mental disorders some psychological defence mechanisms (increase of reactive education, substitution, suppression with the trend to the increase of the level of compensation) were more pronounced as well as their disadaptation combination. All these may condition the emergence of boundary mental disorders in these cohort of patients and need to be taken into consideration while delivering psychotherapeutic correction.