

## **РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, КОМОРБИДНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМУ СТРЕССОВОМУ РАССТРОЙСТВУ**

**Гришина Е.И.**

*ГБОУ ВПО «Астраханский государственный университет» Минздрава РФ, Астрахань, e-mail: egastr7@mail.ru*

В связи с учащением военных конфликтов, социальной и политической миграции, возникновения природных и техногенных катастроф и других чрезвычайных ситуаций можно прогнозировать и рост вызванной ими психической и соматической патологии, нередко характеризующейся коморбидным течением. Возникновение сочетанной патологии происходит как непосредственно после перенесенной травмы, так и в отдаленном периоде психотравмирующего события. Психогенные нарушения служат триггером соматических нарушений, в свою очередь, усугубляющих психические. В структуре патологии системы органов кровообращения, возникающей в результате воздействия экстремальных ситуаций, доминирует артериальная гипертония. Пациенты с психическими нарушениями, сопряженными с артериальной гипертонией, демонстрируют более тяжелое течение и низкую курябельность, что диктует необходимость интегративного медикаментозного и психотерапевтического подхода к лечению с учетом этиопатогенетического звена.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, артериальная гипертония, коморбидность, психотерапия.

## **THE ROLE OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION IN COMPLEX TREATMENT OF THE ARTERIAL HYPERTENSION, KOMORBIDNY TOPOST-TRAUMATIC STRESSFUL FRUSTRATION**

**Grishina E.I.**

*SEI VPO Astrakhan State University Ministry of Health RF, Astrakhan, e-mail: egastr7@mail.ru*

In connection with an increase in military conflicts, social and political migration, natural and man-made disasters and other emergencies can predict the growth of disease caused by, resulting from the passage of comorbid mental and somatic disorders. The pathology occurs directly after the trauma, and in the long term after the traumatic event. Psychogenic disorders are trigger mental disorders and lead to gross violations of internal organs and systems functions. When pathology of the circulatory system, resulting from exposure to extreme situations, Hypertension is dominates. Patients with mental disorders accompanying arterial hypertension show a more severe course and curability. These conditions dictate the need for an integrative medical and psychotherapeutic approach to treatment based etiopathogenetic level.

Keywords: post-traumatic stressful frustration, arterial hypertension, komorbidnost, psychotherapy.

Неотъемлемой частью современности стали ситуации, связанные с техногенными, природными катастрофами, политическими и межнациональными конфликтами и другими экстремальными ситуациями, возникающими внезапно, к которым человек не бывает готов. Травмирующие события разного содержания, выходящие за рамки нормального человеческого опыта, ведут к сильнейшим переживаниям и формируют схожие реакции. Впервые следствием такой травмы как самостоятельный синдром «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) предложил выделить Ноговит (1980) [27]. Далее диагностические критерии были разработаны и представлены в американской классификации психических болезней (DSM-III и DSM-IVR). В МКБ-10 ПТСР шифром F-43.1 обозначена неспецифическая отсроченная реакция на травматический стресс, способная

вызвать психические нарушения. Однако симптомокомплексы, вызванные психотравмой, попадали в поле зрения исследователей гораздо раньше. Так J. E. Erichsen в 1867 г. наблюдал психические расстройства у лиц, попавших в аварии на железной дороге [20]. У участников боевых действий описаны феномен «снарядного шока», «травматический невроз», вегетативные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы как «солдатское сердце». В России И. Бехтеревым, П. Ганушкиным, Ф. Зарубиным, С. Крайцем изучались неврологические и психологические последствия военной травмы: навязчивые воспроизведения сюжета психотравмирующего события [3]. Эмиль Крепелин (1916) описывал «невроз пожара» – состояния, вызванные сильными эмоциональными потрясениями, неожиданно возникшими при несчастных случаях, пожарах, железнодорожных катастрофах, характерные расстройства при которых имели тенденцию усиливаться с течением времени [28].

Во время Второй мировой войны внимание отечественных ученых привлекли психопатологические проявления, которые обрели разные названия: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз» [6,17]. Последствия травмы изучались у узников концлагерей и их потомков, у беженцев из концентрационных лагерей [1,17,21,29].

В современных условиях в связи с участвовавшими техногенными катастрофами и природными катаклизмами появилась необходимость изучения последствий психотравмирующих событий у гражданских лиц. Среди них жертвы сексуального насилия; пострадавшие при совершении террористических актов; лица, оказавшиеся в положении безработных; мигранты и вынужденные переселенцы. На мировой арене наблюдаются сильные социальные потрясения: экономический спад, рост безработицы, пик банкротства; радикальные политические перемены в целом ряде государств, сопровождающиеся «цветными революциями», локальными военными и национальными конфликтами и государственными переворотами.

Все вышеописанное не может не сказаться на людях, оказавшихся в эпицентре трагических событий. И это не только участники локальных войн, но и пострадавшие мирные жители и вынужденные социальные и экономические мигранты. Прогнозы исследователей во всех областях свидетельствуют о дальнейшем увеличении экстремальных ситуаций, а, следовательно, и их воздействий на человека, в связи с чем проблема сохранения здоровья лиц, подвергавшихся экстремальным воздействиям, становится особенно актуальной.

По мнению И.Г. Малкиной-Пых [13], формирование ПТСР происходит при действии стрессора, выходящего за рамки обычного человеческого опыта, способного вызвать

дистресс, такого как серьезная угроза для жизни или физической целостности человека. В основе психической травмы могут лежать осознаваемые и неосознаваемые изменения в физиологической, эмоциональной, когнитивной, поведенческой составляющих в системе регуляции. Именно это и наблюдается в случаях со стресс-фактором, где помимо физиологических факторов действуют психологические [17].

Взаимосвязь формирования болезненных состояний психосоматического круга с предшествующим воздействием стрессовых событий бесспорна [1,4,25,26]. Психотравма влечет разрушающие последствия не только психической сферы, но и соматической [18]. По мнению многих авторов, формирование болезненных состояний может происходить не только непосредственно после перенесенной травмы, но и на отдаленных этапах после психотравмирующего события, продолжая влиять на здоровье и в будущем [6,16,17,18]. Психогенные нарушения могут выполнять роль триггерного механизма для психических расстройств, а также способствуют декомпенсации, утяжеляя уже имеющиеся расстройства, как психические, так и соматические. При соматическом заболевании важной психологической составляющей является и реакция на болезнь, которая способна менять течение и прогноз заболевания [5]. Механизмы и условия взаимосвязи психической и соматической патологии имеют широкий диапазон. Как правило, наблюдается явление клинического полиморфизма психосоматических соотношений, взаимосвязанных с психологическими особенностями личности.

Психогенные факторы, посредством вегетативной нервной системы, являющейся связующим звеном между психикой и соматикой, запускают общую неспецифическую реакцию адаптации. При повторных воздействиях или в условиях длительной психотравмирующей ситуации ответная реакция на стресс стереотипизируется, проявляясь специфическим поражением отдельных органов или систем организма.

По мнению Великановой Л.П. [4], «психогенно обусловленные соматические расстройства (психосоматические) занимают промежуточное положение между соматическими и психическими заболеваниями, что значительно усложняет их диагностику и адекватное лечение. Этому способствуют также их нозологическая неспецифичность и многофакторность патогенеза». В условиях современности около 95 % психосоматических расстройств, встречающихся в неврологии, аллергологии, эндокринологии, гастроэнтерологии и др. имеют психогенное начало. Среди них соматические нарушения как механизм реагирования на психотравму являются ведущим, причем развитие большинства психосоматических заболеваний формируется постепенно, имеет значительную продолжительность.

Генетическая предрасположенность определяет менее резистентные органы, являющиеся основной «мишенью» и характерные для них функциональные нарушения в дебюте заболевания, которые в дальнейшем сменяются глубокими органическими поражениями. В дыхательной системе изменяются частота и амплитуда дыхания, возможны апное с формированием деструкций бронхиального дерева, ХОБЛ, бронхиальной астмы. В системе пищеварения за счет увеличения активности секреции и снижения защитных функций слизистой развиваются язвенная болезнь желудка и 12 п/к, неспецифический язвенный колит. Наблюдаются болезни опорно-двигательного аппарата, иммунной системы [15,20].

Среди соматических расстройств значительную долю составляют сердечно-сосудистые заболевания, в числе которых артериальная гипертония (АГ) среди факторов риска лидирует по вкладу в смертность [9,12,23].

В России около 42,5 млн человек больных АГ (у мужчин – 39,3 % случаев, у женщин – 41,1 % случаев), из которых в 90 % случаев не достигается эффективный контроль уровня артериального давления, что многократно повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, мозговых инсультов (67 % случаев), инвалидизации и смерти [9,14,24].

В Астраханской области, близко прилегающей к «неспокойным зонам», клиницисты достаточно часто встречаются с АГ у данного контингента, что диктует необходимость ее многогранного изучения. По данным Субботиной Н.А. [20], в структуре патологии системы органов кровообращения, возникающей в результате воздействия экстремальных ситуаций, доминирует гипертоническая болезнь. Травматические события, повторно переживаемые в виде вызывающих дискомфорт вторгающихся мыслей, образов, воспоминаний, ощущение, что «сюжет» возвращается как будто наяву, эмоциональный дискомфорт при соприкосновении с сигналами, символизирующими психотравмирующее событие, привносят свои особенности в течение АГ у данной группы пациентов. Пациенты с психическими нарушениями, сопряженными с соматическими заболеваниями, обнаруживают более тяжелое течение и низкую курабельность [2]. Результаты исследований отечественных и зарубежных авторов демонстрируют наличие расстройств непсихотического уровня у пациентов с заболеваниями внутренних органов, выявляемых вне психиатрической сети, равно как и разнообразная палитра психосоматических расстройств обнаруживается у пациентов с ПТСР [6,7,11]. Как правило, соматические проявления маскируют психические расстройства невротического уровня [19]. Данный контингент, не обращаясь за специализированной психиатрической помощью, выпадает из поля зрения психиатров, а соматологам не всегда удается быть компетентными с такого рода пациентами. Коморбидное течение психических расстройств и соматической патологии,

хотя и часто встречается, диагностируется и изучается не достаточно активно [19]. Следует учитывать и то, что больные с психосоматическими заболеваниями попадают в поле зрения специалистов на клинической, развернутой стадии болезни, а не на субклинической, т.е. тогда, когда уже имеет место выраженное нарушение адаптационных механизмов. К сожалению, такая тенденция сохраняется и до настоящего времени [4,5].

Более широкий взгляд на проблему дает основание утверждать, что раннее обнаружение «групп риска», наблюдение их в динамике с необходимой психологической (психотерапевтической) и медикаментозной коррекцией не только благоприятно относительно прогноза заболевания, но и экономически более выгодно в сравнении со стоимостью лечения уже сформировавшейся патологии.

Значительная распространенность артериальной гипертензии, экономические затраты, обусловленные не всегда оправданными дорогостоящими дополнительными диагностическими обследованиями, подчас неадресное, а потому малоэффективное, лечение требует большего внимания к вопросу дифференциации генеза данных нарушений и лечению с учетом имеющихся психических расстройств [24]. В этом случае профилактика осложнений АГ (кардиальные, мозговые катастрофы и т.д.), и, как следствие, снижение смертности и инвалидизации, станет возможной при максимально ранней диагностике ее коморбидного течения с ПТСР и назначении адекватного комплексного лечения. Своевременное выявление психопатологической симптоматики, характерной для ПТСР, диагностируемое чаще как предшествующее негативно-эмоциональное состояние ретроспективно (катамнестически), дает возможность выбора наиболее эффективной тактики врача [5].

Прогнозы исследователей во всех областях свидетельствуют о дальнейшем увеличении экстремальных ситуаций, а, следовательно, и их воздействий на человека, в связи с чем проблема сохранения здоровья лиц, подвергавшихся экстремальным воздействиям, становится особенно актуальной. И это не только участники локальных войн, но и пострадавшие мирные жители и вынужденные социальные и экономические мигранты. Учащение военных конфликтов, распространение природных, техногенных катастроф, социальная и политическая миграция и другие чрезвычайные ситуации обуславливают актуальность более глубокого изучения вызванных ими расстройств [1,10,11,15,18,22]. В соматической практике случаев коморбидного течения ПТСР и АГ имеются попытки применения психофармакотерапии. Однако психотерапевтическая интервенция в комплексное лечение таких больных не включена, а следовательно, не принимается во внимание важное этиопатогенетическое звено, что не может не влиять на качество оказываемой терапии. Вместе с тем особенности развития психосоматических болезней

диктуют необходимость учета психологической (психотравматической) составляющей в их патогенезе и интегративного комплексного подхода (медикаментозного и психотерапевтического) к лечению.

Это, бесспорно, является основанием для разработки дифференцированного алгоритма психотерапевтической, психокоррекционной и психопрофилактической интервенции для лиц с посттравматическим стрессовым расстройством и коморбидной артериальной гипертензией.

### Список литературы

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учеб. пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Андрющенко А.В. Психические и соматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 24 с.
3. Бундало Н.Л. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство. – Красноярск, 2009. – 439 с.
4. Великанова Л.П. Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 320 с.
5. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т.15 – № 4. – С.79.
6. Епачинцева Е.М., Семке В.Я., Гарганеева Н.П. К оценке психогенных факторов в генезе посттравматических стрессовых расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 1. – С.14-16.
7. Иванова М.В., Семке В.Я. Социально-психологические и экологические аспекты миграции // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 4(43). – С.81-86.
8. Идрисов К.А. Эпидемиологическое исследование заболеваемости психическими расстройствами среди гражданского населения Чеченской Республики // Психическое здоровье. – 2008. – № 6. – С.57-63.
9. Илов Н.Н., Шварц Р.Н., Панова Т.Н., Белопасов В.В. Ауторегуляция мозгового кровотока, качество жизни и когнитивно-мнестические способности у больных гипертонической болезнью на фоне лечения амлодипином // Астраханский медицинский журнал. – 2011. – Т.6. – № 2. – С. 129-136.

10. Кекелидзе З.И. Концепция оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях // Съезд психиатров России, 13:Матер. – М., 2000. – С.103.
11. Краснов, В.Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 2. – С.5-10.
12. Крюков Н.Н., Габерман О.Е. Распространенность артериальной гипертонии у работников локомотивных бригад // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2010. – Т. 12. – № 1-6. – С.1554-1555.
13. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. – М.: ЭКСМО, 2006. – 960 с.
14. Оганов Р.Г. Артериальная гипертония: руководство для врачей. – М.: ГЕОТАР Медицина, 2008. – 248с.
15. Пергаменщик Л.А. Кризисная психология: учебное пособие. – Минск: Вышэйшая школа, 2004. – 240с.
16. Погосов А.В., Смирнова Л.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (Обзор литературы) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3(25). – С.42-50.
17. Подчасов Е.В., Ломакин Г.И. Особенности проявления ПТСР у лиц, принимавших участие в боевых действиях // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности: Мат-лы междунар. н.-практ. конф. – 15–16 апреля, Владивосток, 2011. – С.67-74.
18. Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Шишков С.Н. Некоторые подходы к оценке вреда психическому здоровью пострадавших в результате воздействия ионизирующей радиации // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 5.
19. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М., 2007. – 432с.
20. Субботина Н.А. Влияние экстремальных ситуаций на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у сотрудников Органов внутренних дел Свердловской области: автореферат дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2007. – 22с.
21. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук. – Санкт-Петербург, 2008. – 362с.
22. Цыганков Б.Д., Тюнев А.И., Былим А.И. Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция. – М., 2006. – 174 с.
23. Чазова И.Е. Распространенность артериальной гипертонии как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний в крупном городе Сибирского федерального округа // Системные гипертензии. – 2013. – № 4. – С.30-37.

24. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Российский кардиологический журнал. – 2006. – № 4. – С.45-50.
25. Шевченко Ю.С., Великанова Л.П. Многоуровневая терапия психогенных психосоматических расстройств // Интеграция и эволюция в психотерапии. Достижения, актуальные проблемы и перспективы: сб. мат. юбил. конф. – Санкт-Петербург, 2015. – С.88-90.
26. Alexander P. The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse // Journal of Interpersonal Violence. 1993. – V.8. – P. 346-362.
27. Hembree E.A. Cahill S.P., Foa E.B. Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder //J. Personal. Disord. – 2004. – V. 18, № 1. – P.117-127.
28. Horowitz M.J. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders //International Handbook of Traumatic Stress Syndromes // Hosp. Community Psychiatry. – 1986. – V. 37, № 3. – P. 241-249.
29. Lambinsky E., Blair W., Yehuda R. Longitudinal assessment of dissociation in holocaust survivors with and with-out PTSD and non exposed aged Jewish adults Psychobiology of posttraumatic stress disorder: a decade of progress. 2006; 1071:459-462.