

**В.М. Поляков, О.В. Савчук, О.Н. Протопопова**

## **ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)**

*У 40 % детей эссенциальная артериальная гипертензия повышается в связи эмоциональным напряжением, которое сопровождается длительными интеллектуальными перегрузками в школе или взаимными конфликтными отношениями с товарищами. Зачастую потребности превосходят возможности ребенка. Не обращаясь за помощью, он испытывает беспокойство, боясь огорчить родителей или их гнева. Это противоречие может вызвать серьезный стресс у ребенка. У детей в результате психологического давления развивается эмоциональное неприятие ситуации и агрессия.*

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, психосоматические нарушения, психодинамика, психодиагностика

## **PSYCHODYNAMIC ASPECTS OF FORMATION OF THE ARTERIAL HYPERTENSIA IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

**V.M. Poljakov, O.V. Savchuk, O.N. Protopopova**

**SC ME ESSC SB RAMS, Irkutsk**

*In 40 % children essential arterial hypertension arises owing to an emotional pressure which accompanies with long intellectual loading at school or the broken mutual relations with associates. Quite often requirements exceed opportunities of the child. Not consulting, he experiences the inconsistency, is afraid to afflict parents or afraid of their anger. There is a disputed situation, being serious stress for the child. Children, as a rule, realized and experienced injuring situation. At them the psychological pressure, affective aversion of a situation and aggression developed.*

**Key words:** arterial hypertension, psychosomatic infringements, psychodynamic, psychodiagnostics

Постоянный рост психосоматических нарушений у детей разного возраста выдвигает проблему психологической и психофизиологической квалификации факторов и механизмов, влияющих на этиологию и патогенез различных психосоматических заболеваний. Эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ) относится к психосоматическим расстройствам, роль психологических факторов в этиопатогенезе которых считается практически доказанной. Однако до сих пор остаются нерешенными вопросы, связанные с изучением роли психологических факторов в формировании ЭАГ на разных этапах патогенеза у детей и подростков.

На первом месте стоят социально-экономические факторы: развитие современной цивилизации, резко перестроившей образ жизни людей за счет возросшего населения городов, внедрения электричества и продуктов бытовой химии, интенсификации трудовых процессов, усложнения учебных программ, информационных перегрузок, транспортных трудностей, изменившегося питания и других психосоциальных стрессов. Имеет также значение и наследственная предрасположенность к болезням органов кровообращения, однако ее невозможно рассматривать как основную причину, так как резкое увеличение заболеваемости и смертности от этих болезней произошло за столь короткий период времени, за который у человека невозможны генетические сдвиги.

Как известно, повышение кровяного давления является неспецифическим биологическим сигналом, имеющим много первичных причин. При этом наряду с соматическими, большое значение в этиологии, патогенезе и динамике заболевания имеют социальные и психологические факторы. Повышение артериального давления рассматривается прежде всего как своеобразная соматовегетативная реакция личности на длительное эмоциональное напряжение, при котором разрешение конфликта происходит нерациональным путем. В некотором отношении ЭАГ может быть приближена и к неврозам с доминирующей вазоконстрикторной реакцией и характеризуется комитетом экспертов ВОЗ (1962) как заболевание, при котором повышение давления не связано с первичными органическими изменениями в организме, а свидетельствует прежде всего, об определенной недостаточности психофизиологической регуляции.

Причинами возникновения ЭАГ могут быть в первую очередь наследственные особенности нервной системы, проявляющиеся определенным типом реагирования при попадании в трудные ситуации; неблагоприятное течение беременности и родов, препятствующее формированию клеточных структур ЦНС, однако последствия этих причин обнаруживаются далеко не сразу. Большие компенсаторные возможности нервной системы нормализуют ее деятельность, поэтому следы от ее

ранних повреждений проявляются лишь при воздействии дополнительных, приобретенных позже, вредностей.

Частота гипертонических состояний у детей колеблется в широких пределах, в пре- и пубертатном возрасте — 10–15%. Изучение наследственности выявило отягощенность сердечно-сосудистыми заболеваниями в более чем в 50–75% случаев у родственников матери и в 50–65% у родственников отца. Существенное значение имеет фактор неблагоприятного течения беременности, отмеченный у 62–95% женщин, дети которых в дальнейшем заболели ВСД по гипертоническому типу.

Было обследовано 239 детей с эссенциальной артериальной гипертензией, вошедших в основную группу и проходивших обследование и лечение в клинике Института педиатрии ВСНЦ СО РАМН в 2003–2005 годах.

Возраст обследуемых детей основной группы составил от 11 до 18 лет. Всех детей мы разделили на 2 возрастные группы:

- 1) дети от 11 до 14 лет — составили 94 человек;
- 2) дети от 15 до 18 лет — составили 145 человек.

В возрастной группе от 15 до 18 лет детей с ЭАГ почти в 1,7 раза больше, чем в группе от 11 до 14 лет. Таким образом, ЭАГ встречается в 1,7 раза чаще у детей от 15 до 18 лет, чем у детей от 11 до 14 лет, ЭАГ в 4,2 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек.

У всех детей психосоматическое расстройство носит хронически-рецидивирующий характер. Особенности эмоциональных реакций у детей и подростков исследовались с помощью клинических наблюдений и психодиагностических методик: «Метод цветочных выборов Люшера», «Метод портретных выборов Л. Сонди», «Рисунок человека» Кауфманна, «Кинетический рисунок семьи».

Установлено, что детям с ЭАГ свойственно не только сильное подавление агрессивности, но также и выраженная и неконтролируемая вследствие патологического процесса психофизиологическая реактивная лабильность в ситуациях, которые приводят к мобилизации чувства враждебности. Когда чувства злости и ярости не сопровождаются (или не могут быть сопровождаемы) соответствующим поведением и должны быть подавлены, в зависимости от выраженности генотипически-соматической предрасположенности повышается кровяное давление. Агрессивное торможение, необходимость приспособиться к ситуации, скрывает сильный внутренний конфликт близости — дистанцирования и интенсивной защитой зависящих желаний.

У каждого пятого пациента отмечалась незрелость эмоционального реагирования. В поведении таких детей отмечались повышенная реактивность, раздражительность, напряженность, нетерпеливость и избыток побуждений. С возрастом, параллельно с развертыванием клинической картины ЭАГ, у подростков увеличивались реактивность при сохранении напряженности, развива-

ются личностные изменения, они становятся нетерпеливыми, напряженными, легко возбудимыми, раздражительными, несобранными, у 79,5% из них повышены показатели реактивной тревожности. Почти все они социально адаптированы, устремлены к лидерству, но не всегда добросовестны и исполнительны.

Достаточное осознание внутреннего конфликта при ЭАГ встречается редко. Отношение к болезни у больных более чем в трети случаев адекватное (заболевание оценивают реально, верят в положительный результат лечения), или неопределенное (38,9%), когда дети не могут сформулировать свое отношение к болезни. Среди старших подростков число больных, неуверенных в успехе лечения, больше (41%), чем у младших (30%). При этом 1/3 подростков относится к болезни пренебрежительно, игнорирует ее, не беспокоится по поводу состояния своего здоровья, не хочет лечиться. Приведенные данные указывают на большую значимость социальных и психологических факторов в происхождении ЭАГ.

Возникновение невротоподобных нарушений обычно объясняют устойчивыми неблагоприятными социальными или биологическими воздействиями (повышенной физической или психической нагрузкой, соматическими заболеваниями). Появление этих нарушений усугубляет основную симптоматику, связанную с ЭАГ.

Достичь эффективности в лечении больных можно лишь при своевременной, адекватной, комплексной, длительной терапии, учитывающей формы и этапы заболевания. Сложность психологической коррекции заключается в необходимости комбинации антигипертонического и непрерывного психологического лечения. Психические нагрузки легко вызывают повышение АД, авторитарно-директивный стиль медицинского сопровождения с большой долей вероятности приведет к рецидивам, поэтому необходимо максимально использовать возможности поведенческой психотерапии, понижая АД через эффект снятия психического напряжения (психического расслабления). Стоит отметить, что в психотерапии сочетаются контраггессивное поведение детей, ситуационно-неадекватные выпадения и поверхностная покорная приспособляемость. Большую эффективность от лечения следует ожидать при сочетании поведенческой, игровой психотерапии с проведением семейной терапии.

Результаты исследования эмоционально-личностной сферы у подростков с ЭАГ показали, что для этой категории больных характерным является:

- постоянное внутренне эмоциональное напряжение,
- жесткий контроль эмоций и стремление к их подавлению,
- неудовлетворенность собой,
- ригидность самооценки,
- стремление соответствовать социально приемлемому образу, комфортность,

- эмоциональная лабильность,
- депрессивный способ реагирования на стресс.

У большинства обследованных подростков отмечаются эмоционально-аффективные расстройства, которые могли бы быть квалифицированы как невротоподобные.

Анализ литературных данных и собственные экспериментально-психологические исследования показывают, что ситуация болезни приводит к изменению психологического мира ребенка, воспринимается как преграда к реализации значимой деятельности.

Невозможность реализации ведущих мотивов деятельности приводит к возникновению отрицательных эмоциональных переживаний, что, в свою очередь, приводит к снижению эмоционально ценностного отношения к себе и повышению АД.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс / Д.Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
2. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия / К.П. Кискер и др. — М., 1999. — 118 с.
3. Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии / С. Менцос. — М., 2001. — 139 с.