© Коллектив авторов, 2010

В.В. Долгих, Ж.В. Прохорова, Н.А. Фомина

РОЛЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

Учреждение РАМН Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, г. Иркутск, РФ

На основании выполненного исследования выявлено, что эмоциональная сфера у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) характеризовалась повышенной тревожностью в сочетании с эмоциональной лабильностью, склонностью к депрессивным и аффективным реакциям, а социальные проблемы в семье чаще всего связаны с чрезмерными нагрузками в школе, бытовой неустроенностью, низким доходом. При этом выявленная сниженная способность адаптации к меняющимся социально-психологическим факторам служит закрепляющим звеном в формировании ЭАГ.

Ключевые слова: *эссенциальная артериальная гипертензия, подростки, психоэмоциональная и социальная сфера.*

Data of proper examination showed that emotional sphere in adolescents with essential arterial hypertension (EAH) was characterized by increased anxiety associated with emotional liability, by predisposition to depressive and affective reactions. Social problems of these patients were due to overload in school, to familial problems and low life standard. Decreased adaptive capacity to changing social and psychological factors is fixed link in forming of EAH.

Key words: *essential arterial hypertension, adolescents, emotional and social sphere.*

Последнее десятилетие характеризовалось повышенным вниманием к здоровью детей подросткового возраста. Подтверждением тому являются множество исследований по данной проблеме [1–4]. Выраженное ухудшение здоровья подростков, объясняющееся негативным влиянием различных факторов, актуализируют проблему изучения здоровья данного контингента населения [3, 4]. Высокий уровень значимости этой проблемы обусловлен, во-первых, особой важностью подросткового периода для всей последующей жизни человека; во-вторых, наличием негативных тенденций в состоянии здоровья современных российских школьников; в-третьих, тем, что именно подростки представляют собой потенциал трудового и популяционного ресурса России [2].

Результаты исследований здоровья подростков показывают, что в структуре показателей заболеваемости данного контингента населения большой удельный вес имеют заболевания сердечно-сосудистой системы и в частности, болезни, сопровождающиеся повышенным артериальным давлением (АД). Обращает на себя внимание высокая распространенность артериальной гипертензии (АГ). Так, удельный вес АГ среди населения в возрастной группе от 15 лет и старше составляет около 40% [5].

Известно, что эссенциальная АГ (ЭАГ) является психосоматическим заболеванием. Одним из ведущих этиологических факторов АГ считают хронический эмоциональный стресс, воздействующий в пубертатный период. Многочисленные исследования позволили доказать, что стресс и стресс-индуцированные состояния, прежде всего тревога, депрессия и агрессия, являются независимыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [6–13]. Эти состояния утяжеляют течение уже имеющихся ССЗ, а также многократно повышают риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов [14, 15].

Психоэмоциональная сфера является одной из важных (если не наиболее важной) сфер жизни

Контактная информация:
Долгих Владимир Валентинович – д.м.н., зам. директора по научной работе Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН
Адрес: 664034 г. Иркутск ул. Тимирязева, 16
Тел.: (3952) 20-76-36, **E-mail:** aeynbr2008@mail.ru
Статья поступила 28.10.10, принята к печати 25.06.11.

человека. Эмоциональная сфера подростков обладает рядом особенностей, среди которых на первый план выходят неуравновешенность, возбудимость, высокая чувствительность. Повышенные эмоциональные нагрузки увеличивают вероятность возникновения стресса, который может неблагоприятно сказываться на физическом и психическом здоровье. Поэтому исследование эмоциональных состояний наиболее актуально в этом возрасте [7, 14, 15].

Невозможность выделить единственный фактор, полностью обусловливающий возникновение и развитие психосоматических расстройств, привела к созданию так называемой «открытой многофакторной модели болезни», которая объясняет происхождение психосоматических расстройств сочетанием социальных, психологических, биологических, в том числе, и неизвестных вредностей, перенесенных индивидом [16].

Психологические и социальные проблемы детей и подростков с ЭАГ имеют множественную детерминацию, т.е. корней у них несколько, и они нередко переплетаются. Среди главных причин, несомненно, следует назвать отрицательные психоэмоциональные воздействия, которые среди экзогенных факторов играют ведущую роль в генезе АГ. Другим важным фактором выступает социальный статус ребенка и такие его особенности, как полнота семьи, ее материальное положение, отношения между ее членами [1, 17].

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей психоэмоционального и социального статуса подростков с ЭАГ.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явились 126 пациентов в возрасте 15–17 лет, находившихся на стационарном лечении в клинике Научного центра проблем здоровья семьи и репродукции человека Сибирского отделения РАМН (НЦ ПЗСРЧ СО РАМН) с диагнозом ЭАГ, а также их родители. Первичным учетным документом являлись анкеты изучения данной проблемы.

Контрольную группу составили 60 практически здоровых подростков, сопоставимых по возрасту и полу.

Для оценки особенностей эмоциональных реакций у подростков использовали следующие методы: клиническое наблюдение; беседа; многофакторный личностный опросник FPI, форма B (И. Фаренберг, Х. Зарг, Р. Гампел); уровень тревожности Спилбергера–Ханина, шкалы проявлений тревоги J. Teylor, опросник агрессивности Басса–Дарки, шкала депрессии Бека BDI), методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейна.

Математический анализ полученных материалов проводили с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.1 StatSoftInc, USA и критерия для оценки статистически значимых различий, применяемых в медико-биологических исследованиях ($p<0,05$).

Результаты и их обсуждение

Проведенное исследование показало, что 62,5% родителей считают, что их ребенок подвержен стрессу. По мнению респондентов, это связано с чрезмерными нагрузками в школе (60%), напряженной моральной и психологической ситуацией в семье (20%), бытовой неустроенностью (26,6%), низким доходом в семье (26,7%) (рис. 1).

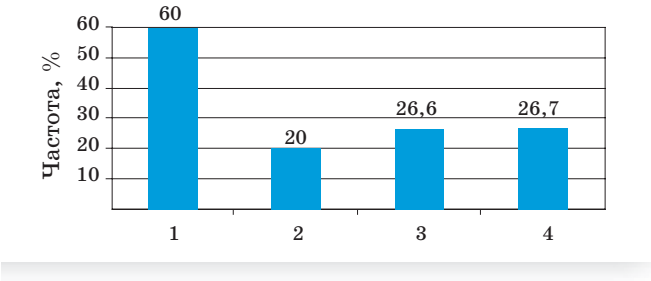

Рис. 1. Структура ответов респондентов о причинах стресса.
1 – чрезмерные нагрузки в школе, 2 – напряженная моральная ситуация в семье, 3 – бытовая неустроенность, 4 – низкий доход в семье.

Кроме того, исследование показало, что в неполных семьях воспитывались 35,7% детей, среди которых с мамой проживали 60% респондентов, с братом или сестрой – 33,3%, с отчимом – 6,7%. Эти данные свидетельствуют о том, что $^1/_3$ пациентов с ЭАГ могут испытывать определенный дискомфорт и психологическое напряжение в связи с отсутствием у них полноценной семьи (рис. 2).

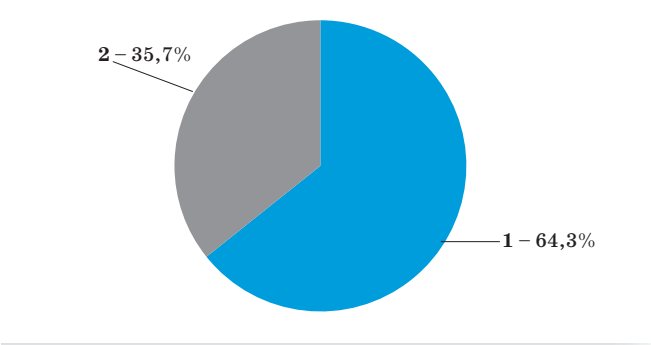

Рис. 2. Структура ответов респондентов о полноте семьи.
1 – полная семья, 2 – неполная семья.

Сравнительное изучение психоэмоциональных особенностей здоровых детей и подростков с ЭАГ позволило выявить ряд различий в протекании эмоциональных процессов. По сравнению с контрольной группой у подростков с ЭАГ отмечалось усиление эмоциональной реактивности, проявляющееся в повышенной тревожности, выраженной эмоциональной лабильности, агрессивности и в усилении депрессивных реакций. Кроме того, у подростков с ЭАГ имело место изменение самооценки (рис. 3).

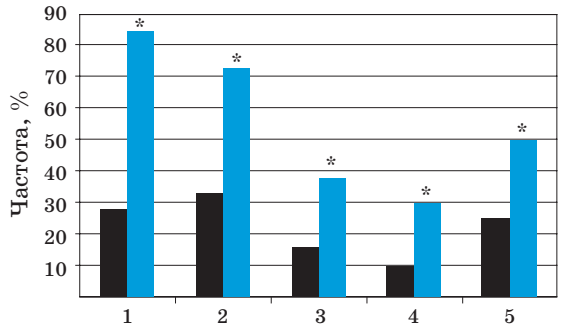

Рис. 3. Особенности эмоциональной сферы подростков с ЭАГ.
1 – тревожность, 2 – эмоциональная лабильность, 3 – агрессивность, 4 – депрессия, 5 – заниженная самооценка; 1-й столбик – контроль, 2-й столбик – ЭАГ; *p<0,05.

Были найдены различия в эмоциональном реагировании и в зависимости от пола (см. таблицу).

Проведенный анализ тревожности у подростков с ЭАГ по всем методикам выявил высокий уровень тревожности (85%), в то же время в контрольной группе преобладал умеренный уровень тревожности (72%) (рис. 3). Высокий уровень тревожности отмечался чаще у мальчиков-подростков с ЭАГ (82,96%), тогда как у девочек с ЭАГ этот показатель был заметно меньше (71,54%). В контрольной группе подростков показатели уровня тревожности у мальчиков и девочек были практически одинаковыми.

Таким образом, подростки с ЭАГ отличались высоким уровнем тревожности в отличие от подростков контрольной группы, что может свидетельствовать о наличии у них стрессового состояния и готовности к формированию психосоматических расстройств [16].

По итогам исследования эмоциональной лабильности можно сделать вывод о большей выраженности этих реакций в группе пациентов с ЭАГ (до 72,9%) по сравнению с аналогичным показателем в контрольной группе (до 33%). Повышенная эмоциональная лабильность чаще встречалась у девочек-подростков с ЭАГ (75,8% от общей величины).

В то же время эмоционально лабильные подростки с ЭАГ чрезвычайно тяжело переносили действительные неприятности, обнаруживая склонность к острым аффективным реакциям. Особенности высокой эмоциональной лабильности подростков с ЭАГ являются фактором, снижающим возможности психофизиологической адаптации подростков и обусловливающим их низкую устойчивость к стрессу.

Заметную роль в эмоциональном поведении подростков играет агрессивность, которая представляет собой один из механизмов психологической защиты. Выраженность агрессивных реакций может зависеть от многих факторов, в том числе, от эмоционально-личностных характеристик: эмоциональной лабильности, депрессивных состояний, самооценки и некоторых других [6, 15]. Наше исследование подтвердило эти предположения. Большое число подростков с ЭАГ (37,5%) демонстрируют также и высокий уровень агрессивных реакций. Повышенная агрессивность была больше свойственна мальчикам с ЭАГ, достигая 65,8% от всех обследуемых. При этом различия этого показателя между основной и контрольной группой оказались статистически значимыми (при p<0,05).

При изучении депрессивных реакций отмечались их значительное повышение и распространенность в обеих обследованных группах подростков. Однако тенденция к формированию выраженных депрессивных состояний прослеживалась только у подростков с ЭАГ (17,9%), при этом отмечалось, что такие состояния чаще возникали у девочек.

Выраженные депрессивные реакции в этом случае могут квалифицироваться как сигнал эмоционального неблагополучия подростка. Чаще всего «масками» депрессии у подростков с ЭАГ являлись различные нарушения сна: трудности засыпания, раннее пробуждение или повышенная сонливость.

Таблица

Психоэмоциональные особенности подростков с ЭАГ

Показатели	Уровень	ЭАГ		Контроль	
		мальчики	девочки	мальчики	девочки
Тревожность	высокий	82,96*	71,5	24	19
	умеренный	17,03	28,5	76	81
Эмоциональная лабильность	выраженный	60,4	75,8	35,5	36,2
	умеренный	39,6	24,2	64,5	63,8
Агрессивные реакции	выраженный	62,5	40,4	29,6	11,2
	умеренный	34,17	59,6	74	88,8
Депрессивные реакции	высокий	16,7	20,5	24	19
	низкий	83,3	79,5	76	81
Уровень самооценки	заниженный	44,7	25,4	18	24
	завышенный	19,03	31,7	20	27,6

*Данные представлены в %.

Кроме того, имели место нарушения аппетита, повышенная утомляемость и раздражительность, хронический болевой синдром разной локализации (чаще всего кардиалгии, головные боли, боли в спине), вегетативные расстройства (приступы сердцебиения, одышки, головокружения).

Особого внимание заслуживает результат изучения самооценки у исследуемых пациентов, которая в значительной степени зависит от эмоционального развития подростков. Адекватная самооценка была свойственна только $^1/_3$ подростков с ЭАГ, тогда как в контрольной группе она отмечалась у 65% обследованных. Для детей с ЭАГ более характерной оказалась заниженная самооценка (50%), в то время как завышенную самооценку показали только 19% из них. Разделение подростков по полу принципиальных различий в самооценке не выявило.

Таким образом, подростки основной группы с низкой самооценкой были склонны к пассивности, внушению и чрезмерно чувствительны к критике, считая ее подтверждением своей неполноценности. Низкая самооценка у этой группы подростков могла становиться, как было показано выше, и причиной повышенной агрессивности.

Заключение

Таким образом, эмоциональная сфера у подростков с ЭАГ характеризовалась повышенной тревожностью в сочетании с эмоциональной лабильностью, склонностью к депрессивным и агрессивным реакциям, изменением уровня самооценки.

Социальные проблемы в семье, связанные с чрезмерными нагрузками в школе, напряженной моральной и психологической ситуацией, бытовой неустроенностью, низким доходом, у подростков с ЭАГ проявлялись в уклоняющемся, аддитивном, агрессивном поведении, что в свою очередь приводило к выраженной социально-психологической дезадаптации.

Следовательно, представляется возможным полагать, что психоэмоциональные особенности развития и социальные проблемы подростков с ЭАГ способствуют сужению диапазона реагирования на адаптацию к внешним условиям и изменениям внутреннего состояния и являются пусковым механизмом в развитии заболевания.

Указанные факторы риска целесообразно рассматривать и учитывать при создании и разработке программ профилактики и реабилитации подростков с ЭАГ.

В заключении можно сказать, что в целом вопросам раннего выявления факторов риска повышенного АД и его своевременной профилактики уделяется явно недостаточное внимание. Более пристальное изучение факторов, определяющих уровень АД в детском и подростковом возрасте и его возрастную динамику, позволит внести весомый вклад в борьбу с ССЗ, с которыми Россия сталкивается в начале XXI века. Осознание серьезности проблемы должно стать первым шагом на пути успешной борьбы с ней.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агаджанян Н.А., Быков А.Т., Чижов А.Я.* Экология человека и болезни цивилизации. Вестн. восстановительной мед. 2003; 4: 15.

2. *Баранов А.А., Кучма В.Р. и др.* Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007: 352.

3. *Николаев А.Г.* Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья и образа жизни подростков: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2004.

4. *Терзиева Е.Д.* Медико-социальное исследование здоровья подростков на региональном уровне (на примере Краснодарского края): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008.

5. *Автандилов А.Г., Александров А.А., Кисляк О.А. и др.* Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии у детей и подростков. Профилактика и укрепление здоровья. 2003; 4: 43–53.

6. *Куликов Л.В., Михайлова О.А.* Психология психических состояний. Вып. 3. Казань; Набережные Челны, 2001.

7. *Панкратов В.Н.* Саморегуляция психического здоровья: Практическое руководство. М.: изд-во Института психотерапии, 2001: 352 с.

8. *Парцерняк С.А.* Стресс. Вегетозы. Психосоматика. СПб.: А. В. К., 2002: 384 с.

9. *Пшенникова М.Г.* Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии. Патол. физиол. эксп. терапия. 2001; 3: 18–22.

10. *Bush DE, Zigelstein RC, Tayback M, et al.* Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. Am. J. Cardiol. 2001; 88: 337–341.

11. *Kirkpatrick LA, Waugh CE, Valencia A, Webster GD.* The functional domain specificity of seif-esteem and the differential prediction of aggression. Journal of Personality and Social Psychology. 2002; 82 (5): 756–767.

12. *Larson SL, Owens PL, Ford D, Eaton W.* Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke. Thirteen-year follow-up from Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. Stroke. 2001; 32: 322–323.

13. *Penninx BW, Beekman AT, Honig A, et al.* Depression and cardiac mortality. Arch. Gen. Psychiat. 2001; 58: 221–227.

14. Клиническая психология: Учебник. Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2002.

15. *Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И.* Основы клинической психологии. Ростов-на-Дону: Феникс, 2003: 480 с.

16. *Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П.* Психогении в экстремальных ситуациях. М.: Медицина, 1999.

17. *Исаев Д.Н.* Психосоматические расстройства у детей: Рук-во для врачей. СПб.: Питер, 2000: 512 с.