**Особливості проведення психотерапевтичної роботи з людьми які страждають гіпертонічною хворобою**

**1. Медико-психологічна характеристика гіпертонічної хвороби**

**1.1 Етіологія і патогенез гіпертонічної хвороби**

Гіпертонічна хвороба - хронічна хвороба, що характеризується постійним або майже постійним підвищенням артеріального тиску. Підвищення артеріального тиску при гіпертонічній хворобі не є наслідком захворювання нирок, надниркових, щитовидної залози та ін., а обумовлено порушенням регуляції кров'яного тиску.

В етіології захворювання виділяють дві групи чинників:

. Екзогенні чинники:

психічна напруга;

нікотинова інтоксикація;

алкогольна інтоксикація;

зловживання NaCl;

гіподинамія;

переїдання.

. Ендогенні чинники:

спадковість (якщо 2 батьків, то ризик збільшується до 50%) [36].

Пусковим механізмом розвитку гіпертонічної хвороби у людини є нервовий імпульс. Початковою ланкою цього механізму служить емоція, душевне переживання, що супроводжується і у здорових людей багатьма реакціями з боку організму, і зокрема підвищенням артеріального тиску. У людини, що захворює гіпертонічною хворобою, ці реакції відрізняються тим, що у відповідь на малозначну причину виникає глибока і (або) напружена емоційна реакція, а разом з нею і значне підвищення рівня артеріального тиску, що зберігається триваліший, ніж у здорової людини, термін.

Особливість такої реакції з боку апарату, регулюючого артеріальний тиск, полягає також і в тому, що у міру її повторення спостерігається повільне, але неухильне закріплення гіпертензії - підвищеного кров'яного тиску (цифри якого поступово збільшуються) на все більший термін.

З часом в підтримці високого артеріального тиску особливу роль починають грати гуморальні механізми, тобто механізми, що впливають на життєдіяльність організму за допомогою гормонів і деяких інших активних речовин, що поступають в кров з органів і тканин. Така регуляція, на відміну від чисто нервових механізмів, створює довготривалі, стабільніші стани, і тому підвищення артеріального тиску стає поступово ще стійкішим. Таким шляхом формується перехід емоційно обумовлених гіпертензивних реакцій в хронічну хворобу.

В початковому періоді гіпертонічної хвороби, окрім нестійкого підвищення артеріального тиску, може виявлятися періодичними головними болями, серцебиттям, іноді болями в області серця і відчуттям тяжкості в потилиці. Надалі у міру прогресу хвороби, коли підвищення артеріального тиску стає все більш стійким, з'являються запаморочення, відчуття оніміння в пальцях рук і ніг, приливи крові до голови, «мушки» перед очима, поганий сон, швидка стомлюваність [3].

Знання основних механізмів розвитку гіпертонічної хвороби допомагає свідоміше сприймати лікарські ради щодо впорядкування, регламентації праці і відпочинку. Ці поради засновані на тому, що для запобігання прогресу гіпертонічної хвороби очевидна необхідність зниження інтенсивності нервово-емоційної напруги, створення умов для розрядки «заряду» емоцій, як би що накопичується в центральній нервовій системі.

Людський організм влаштований так, що розрядка нервової напруги відбувається найприродніше тільки в процесі підвищеної фізичної активності. Тому рухова активність (розумна по темпу і тривалості), зокрема, пішохідні прогулянки, доступні види спорту, улюблені види фізичної праці, може і повинна щоденно слідувати за періодом емоційної напруги. І навпроти, так званий спокій, відпочинок за книгою, біля телевізора, в театрі, ігри, що вимагають розумового зусилля, наприклад, шахи, не служать природною розрядкою напруги центральної нервової системи і мало придатні як міра профілактики гіпертензивних реакцій.

Підвищення у дорослої людини артеріального тиску не завжди свідчить про наявність у неї гіпертонічної хвороби. Саме тому лікар нерідко наполягає на проведенні у такому разі деяких додаткових досліджень. Річ у тому, що у ряді випадків підвищення артеріального тиску пов'язане не з нервово-емоційним пусковим механізмом, а є одним з симптомів абсолютно самостійної хвороби, так або інакше що зачіпає органи, що беруть участь в регуляції кров'яного тиску.

На відміну від гіпертонічної хвороби, підвищення кров'яного тиску такого роду позначають зазвичай терміном - симптоматична (або вторинна) артеріальна гіпертензія. Воно потребує абсолютно іншого лікування, направленого, перш за все на боротьбу з основним захворюванням, що викликало її. Чим раніше розпізнано основне захворювання, тим ефективнішим виявиться його лікування [4,25].

Широко поширене уявлення про те, що підвищення артеріального тиску при гіпертонічній хворобі обумовлене головним чином спастичним станом (так званим спазмом) артеріальних судин. На основі цього уявлення багато хто неправильно вважає, що для лікування гіпертонічної хвороби необхідне застосування так званих судинорозширювальних препаратів. Проте з метою розрядки емоційної напруги лікарем можуть бути рекомендовані також і інші лікарські препарати, які заспокійливо впливають на центральну нервову систему.

Головне ж полягає в тому, що хронічне підвищення артеріального тиску безпосередньо залежить від зменшення виведення ночами хлористоводневого натрію (тобто куховарської солі), оскільки саме в нирках зосереджені ті структури, які за певних умов сприяють стійкому підвищенню артеріального тиску.

В даний час добре відомі гемодинамічні зрушення АТ (артеріального тиску) при ГХ (гіпертонічній хворобі) [5,9]:

) У початкових стадіях збільшується хвилинний об'єм або серцевий викид, а загальний периферичний опір залишається на колишньому рівні; звідси відбувається збільшення АТ. Такий тип зміни гемодинаміки носить назву гіперкінетичного.

) У подальшому все більшого значення набуває підвищення загального периферичного опору, а серцевий викид залишається нормальним - еукінетичний тип.

) Надалі, в стадії, що далеко зайшла, відбувається різке збільшення периферичного опору на тлі зменшеного серцевого викиду.

Цей тип називається гіпокінетичним.

При цьому обмін і екскреція катехоламінів в крові у хворих ГХ залишаються в нормі або трохи підвищені, є порушення їх депонування. Симпатичні нервові закінчення мають потовщення з депо норадреналіну. Якщо волокно порушувати, норадреналін, що звільняється при цьому, порушує альфа-рецептори, підвищуючи симпатичну активність відповідної системи. Особливо багато забезпечені альфа-рецепторами артеріоли і венули. Механізм інактивации в нормі складається з [6]:

а) 10% руйнується за допомогою ферменту оксиметилтрансферазы;

б) зворотній транспорт через мембрану.

У патології виділення медіатора залишається в нормі, при порушенні його депонування катехоламіни діють на рівні рецепторів триваліший час і викликають триваліші гіпертензивні реакції. Підвищується активність симпатичної нервової системи, триваліша дія катехоламінів на рівні венул приводить до посилення венозного повернення до серця (спазм венул), посилюється робота серця, отже збільшується і його хвилинний об'єм. Норадреналін діє одночасно і на альфа-рецептори артеріол, збільшуючи тим самим загальний периферичний опір. Альфа-рецепторами багато забезпечені і ниркові судини, в результаті їх спазму з подальшою ішемією нирки збуджують рецептори юкстагломерулярного апарату, клітини якого виробляють ренін.

Наслідком цього є підвищення рівня реніна в крові. Сам ренін гормонально мало активний, але через системи ангіотензину призводить до [13]:

) Підвищення тонусу артеріол (сильніше і триваліше норадреналіну)

) Збільшення роботи серця (кількість ангіотензину II знижується при кардіогенному колапсі).

) Стимулюваня симпатичної активності.

) Ангіотензин II є одним з наймогутніших стимуляторів виділення Альдостерону.

Далі включається механізм ренин-Альдостерон, у міру чого відбувається ще більша перебудова: Альдостерон підсилює зворотнє всмоктування натрію і води в ниркових канальцях, відбувається пасивне внутрішньоклітинне збільшення змісту натрію і води.

Внутрішньоклітинне збільшення вмісту натрію і води відбувається також і в стінках судин, внаслідок чого судинна стінка набухає (набрякає), просвіт її звужується і збільшується реактивність на вазоактивні речовини, зокрема, до норадреналіну, в результаті чого приєднується спазм судин, що в комплексі приводить до різкого збільшення периферичного опору. Підвищується активність, і посилено виділяється антидіуретичний гормон, під впливом якого ще більше збільшується реабсорбція натрію і води, збільшується об'єм циркулюючій крові (ОЦК), посилюється хвилинний об'єм серця.

Природні гіпотензивні захисні системи [18,32]:

а) Система барорецепторів (реагує на розтягування при збільшенні АТ) в каротидному синусі і в дузі аорти. При ГХ відбувається перебудова барорецепторів на новий, вищий критичний рівень АТ, при якому вони спрацьовують, тобто знижується їх чутливість до підвищення АТ. З цим також, можливо, зв'язано підвищення активності антидіуретичного гормону.

б) Система кінінів і простогландинів (особливо простагландинів «А» і «Е», які виробляються в інтерстиціальній тканині нирок). У нормі при підвищенні АТ вище за критичний рівень посилюється вироблення кінінів і простогландинів і спрацьовують барорецептори дуги аорти і синокаротидної зони, внаслідок чого тиск швидко нормалізується. При ГХ цей захисний механізм порушений. Дія кінінів і простогландинів: посилення ниркового кровотоку, посилення діурезу, посилення натрій-уреза. Отже, вони є ідеальними салуретиками. У міру прогресу захворювання ці захисні системи виснажуються, натрій затримується в організмі, що в кінцевому висновку веде до підвищення тиску.

Існують ще дві теорії етіопатогенеза гіпертонічної хвороби [40]:

) Мозаїчна теорія Пейджа, згідно якої один етіопатогенетичний чинник не може викликати ГХ, важлива тільки сукупність чинників.

) Теорія мембранної патології: у основі ГХ лежить порушення проникливості клітинних мембран для натрію. Є припущення, що успадковується і цей тип мембранної патології.

Який тиск вважається високим? Оптимальним вважається тиск 120/80 міліметрів ртутного стовпчика, нормальним та високонормальним - від 130/85 до 139/89. Про гіпертонію можна говорити тоді, коли тиск вищий, ніж 140/90 (гіпертонія І ступеня). Тиск 160/100 вказує на гіпертонію II ступеня, а понад 180/110 - ІІІ ступеня. Є ще такий різновид гіпертонії, як ізольована систолічна гіпертонія - це коли верхній тиск перевищує 140, а нижній - менший за 90.

Показники тиску позначаються двома цифрами. Більша цифра означає систолічний тиск, тобто тиск крові на стінку судини після серцевого удару. Менша цифра - діастолічний тиск, тобто тиск крові в період спокою, у перервах між ударами серця.

Рівень артеріального тиску залежить від активності людини. Наприклад, серце не має потреби працювати швидко, коли ви відпочиваєте, - тоді тиск є досить низьким. А коли ви виконуєте фізичну роботу чи займаєтесь спортом, потрібні великі обсяги крові для постачання м'язам кисню, і артеріальний тиск починає підвищуватися.

Як правило, тиск підвищується й під час стресу - коли людина налякана чи роздратована, наднирники починають виробляти гормон стресу - адреналін, який змушує серце битися сильніше і частіше, внаслідок чого тиск підвищується.

Причинами гіпертонії є перевантаження нервової системи внаслідок стресів, неправильний режим життя (перевтома, недостатній відпочинок і сон, знижена фізична активність), порушення харчування та спадкові фактори.

Гіпертонія швидко розвивається та призводить до ураження органів - «мішеней» - серця, нирок, судин. Саме тому її називають тихим убивцею. А от зниження тиску на 5 - 6 міліметрів ртутного стовпчика зменшує ймовірність виникнення інсульту на 50 відсотків, ішемічної хвороби серця - на 14 відсотків [26].

Людина з артеріальною гіпертонією повинна зрозуміти: лікування гіпертонії є по життєвим. Контроль підвищеного тиску забезпечується за допомогою фармакологічних препаратів та зміни способу життя.

Лікування ґрунтується на застосуванні таблетованих препаратів тривалої дії. Може застосовуватися терапії кількома препаратами, але доведено, що пацієнт, який приймає дві та більше пігулок за раз, рано чи пізно почне пропускати прийом, а то й зовсім відмовиться від ліків. За статистикою, 50 відсотків хворих протягом року припиняють прийом препаратів. Тому тепер перевага віддається багатокомпонентним препаратам, які дуже зручні у застосуванні - одна пігулка на добу заміняє декілька [20,39].

Діагноз артеріальна гіпертензія не ставиться після одного тільки вимірювання тиску, за винятком тих випадків, коли показники надто вже високі, наприклад, понад 170-180/105-110.

Треба також брати до уваги обставини, за яких проводиться вимірювання артеріального тиску. Цікавий факт: у кабінеті лікаря показники тиску можуть бути вищими, ніж насправді. Цей ефект називається «гіпертонія білого халата», а викликаний він страхом пацієнта перед лікарем. Тому вимірювання тиску в домашніх умовах набагато точніше, ніж на прийомі у поліклініці.

Перед візитом до лікаря бажано протягом семи днів вимірювати тиск уранці та ввечері і з цим графіком прийти на прийом. Лікар має визначити фактори ризику (вік, спадковість, спосіб життя та харчування, куріння) та оцінити стан органів - «мішеней» - серця, нирок, судин. Нині застосовується такий метод діагностики, як сканування сонних артерій - так можна оцінити стан великих судин та побачити, чи є в них атеросклеротичні бляшки. Крім того, пацієнтові належить здати кров та сечу на аналіз для визначення рівня цукру та холестерину чи виявлення патології нирок [19,21].

Європейська класифікація [1]:

стадія - легка (140-179 / 90-104); прикордонна (140-159 / 90-94);

стадія - помірна (180-199 / 105-114);

стадія - важка (> 200 / > 115).

Типи гіпертензій:

· гіперкінетичний;

· гіпокінетичний;

· еукінетичний.

Таблиця 1.1. Ступені артеріальної гіпертонії

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **АТ** | **Систола** | **Діастола** |
| **Оптимальне** | < 120 | < 80 |
| **Нормальне** | 120-130 | 80-85 |
| **Передгіпертонія** | 130-140 | 85-90 |
| **Гіпертонія, ступінь 1** | 140-160 | 90-100 |
| **Гіпертонія, ступінь 2** | 160-180 | 100-110 |
| **Гіпертонія, ступінь 3** | >180 | >110 |

У початкових стадіях захворювання клініка виражена не яскраво, хворий тривалий час може не знати про підвищення АТ. Проте вже в цей період є виражені в тому або іншому ступені такі неспецифічні скарги, як швидка стомлюваність, дратівливість, зниження працездатності слабкість, безсоння, запаморочення і так далі.

І саме з цими скаргами частіше всього хворий вперше звертається до лікаря:

а) Головні болі: найчастіше в потиличній і скроневій області; по ранкам «важка голова» або до кінця робочого дня. Зазвичай болі посилюються в горизонтальному положенні і слабшають після ходьби. Зазвичай такі болі пов'язані із зміною тонусу артеріол і вен. Часто болі супроводжуються запамороченням і шумом у вухах.

б) Болі в області серця: оскільки підвищення артеріального тиску пов'язано з посиленням роботи серця (для подолання збільшеного опору), то компенсаторно виникає гіпертрофія міокарду. В результаті гіпертрофії виникає дисоціація між потребами і можливостями міокарду, що клінічно виявляється ІХС за типом стенокардії. Часто це спостерігається при ГХ в старечому віці. Крім стенокардитичних, болі в серці можуть бути по типу кардіалгії - тривалі тупі болі в області верхівки серця.

в) Мигтіння мушок перед очима, пелена, мигтіння блискавок та інші симптоми. Походження їх пов'язано із спазмом артеріол сітківки. При ГХ можуть спостерігатися крововиливу в сітківку, що веде до повної втрати зору.

г) гіпертонічна хвороба - своєрідний судинний невроз. Присутні симптоми порушення центральної нервової ситсеми, які можуть, наприклад, виявлятися псевдоневротичним синдромом - швидка стомлюваність, зниження працездатності, ослаблення пам'яті наголошуються явища дратівливості, слабкості, афектна лабільність переважання тривожних настроїв і іпохондричних побоювань, іноді вони можуть набувати, особливо після кризу, фобійний характер. Часто вказані вище явища виявляються при зміні рівня артеріального тиску, але бувають далеко не у всіх хворих - багато хто не випробовує взагалі ніяких неприємних відчуттів і артеріальна гіпертензія виявляється випадково [5,33].

Поширеність артеріальної гіпертонії (серед чоловіків та жінок) представлена у таблиці 1.2.

Таблиця 1.2. Поширеність артеріальної гіпертонії (у%)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вік** | **чоловіки%** | **жінки%** | **все населення** |
| **18-74** | **33** | **27** | **30** |
| **18-24** | 15 | 4 | 9 |
| **25-34** | 21 | 7 | 14 |
| **35-44** | 28 | 19 | 24 |
| **45-54** | 44 | 36 | 41 |
| **55-64** | 53 | 53 | 53 |
| **65-74** | 60 | 68 | 64 |

Об'єктивно:

) Підвищення АТ.

) Ознаки гіпертрофії лівого шлуночку: посилення верхівкового поштовху акцент II тону на аорті.

) Напружений пульс, у хворих з гіперкінетичним типом - тахікардія у немолодих хворих частіше брадикардія.

Додаткові методи дослідження:

) Ознаки гіпертрофії лівого шлуночку:

а) за даними ЕКГ;

б) рентгенологічно:

округла верхівка серця;

збільшення дуги лівого шлуночку.

) Офтальмологічне дослідження: стан артеріол і венулочного дна.

Виділяють 3 (у нас) або 4 стадії зміни очного дна:

) Гіпертонічна ангіопатія: тонус артеріол різко підвищений, просвіт звужений (симптом «дроту»), тонус венул понижений, просвіт збільшений. По Кейсу виділяють додатково ще 2 підстадії:

а) зміни виражені не різко;

б) зміни ті ж, але різко виражені.

) Гіпертонічна ангіоретинопатія: дегенеративні зміни в сітківці + крововиливи у сітківку.

) Гіпертонічна нейроретинопатія: у патологічний процес залучається сосок зорового нерва (набряк + дегенеративні зміни) [5,34,36].

**1.2 Психологічна характеристика людей з гіпертонічною хворобою**

Серцево-судинна система - найбільш чутливий прилад, свого роду сейсмограф, що відображає через підкірку, її нервово-вегетативні вузли і вегетативну нервову систему наші відчуття і переживання. Учені вже декілька десятків років визнають, що травматизація і емоційне перенапруження сфери вищої нервової діяльності - головні причини гіпертонічної хвороби.

Відомі «гострі епідемії» гіпертонічної хвороби, що виникли після землетрусу в Ашхабаді і Ташкенті (В.М. Соломянний, С.А. Бурмістров; 3.І. Умідова і ін.) [17,23,24].

Гіпертонічна хвороба також іноді є причиною нерозсудливої поведінки хворих. В результаті неправильної орієнтації хворих, навіювання ним помилкових уявлень про течію і ускладнення гіпертонічної хвороби хворі стають важкими невротиками.

З іншого боку, відомо, що хронічні соматичні захворювання, такі, як гіпертонічна хвороба, атеросклероз, хронічні захворювання шлунку, кишечнику і нирок, можуть виявлятися неврастенічними симптомами, такими, як:

Ш невмотивована дратівливість;

Ш поганий настрій;

Ш неспокійний сон, іноді з жахливими сновидіннями;

Ш плаксивість;

Ш швидка втомлюваність.

Гіпертонічна хвороба відрізняється від власне психогенних хвороб тим, що виникнувши психогенний, в подальшому продовжує розвиватися по своїх механізмах, незалежно від того, існує травмуюча ситуація або вона дезактуалізувалась. Кажучи про дезактуалізації психічної травми, необхідно враховувати, що сама хвороба для ряду осіб є психічною травмою, яка обважнює її течію.

В той же час психічні порушення, пов'язані з ГХ, можуть приводити до труднощів у взаєминах з оточуючими і до конфліктів, які також викликають її загострення. Зміни психіки призводять до того, що емоційні реакції стають малорухливими, з'являється схильність до «застрявання» на неприємних переживаннях, які, у свою чергу, створюють умови для підвищення артеріального тиску. Таким чином, формується характерний для психосоматичних захворювань порочне коло: психічні порушення ведуть до виникнення соматичних розладів, які ускладнюють і обважнюють психічні порушення.

Зміни психіки при ГХ різноманітні, вони залежать від особливостей особи хворого, тяжкості і стадії захворювання. На ранній стадії розвитку хвороби, коли діагноз ще не поставлений і підвищення артеріального тиску не виявлене, можуть спостерігатися астенічні симптоми (дратівливість, порушення сну, швидша стомлюваність, головні болі), на які хворий нерідко не звертає уваги, але зазвичай згадує про них після виявлення у нього підвищеного артеріального тиску. Оскільки нерідко розвитку ГХ передує тривала психотравмуюча ситуація і пов'язані з нею емоційні переживання і навантаження, то астенічні розлади пояснюються саме цими чинниками [27, 35].

Індивідуальне психологічне реагування хворих на виявлення у них підвищення АТ залежить від декількох чинників: особливостей преморбіда, фізичного самопочуття при підвищеному АТ, впливу оточення, зокрема можливих ятрогеній.

Більшість хворих правильно сприймають своє захворювання і адекватно відносяться до рекомендацій і призначень лікаря. Хворими з недовірливими рисами вдачі виявлення високого АТ сприймається як трагедія, катастрофа, крах всіх надій і життєвих планів, особливо якщо вони вже мають уявлення про ГХ - їх родичі хворіли або вмирали від неї. У цих хворих спостерігаються виражені психогенні порушення: пригнічений настрій, тривожні побоювання за своє здоров'я, фіксація на своєму самопочутті. Вони постійно відвідують лікарів, самі стежать за показниками артеріального тиску, обмежують навантаження. Всі їх думки зосереджені на хворобі, знижується працездатність і обмежується коло інтересів і спілкування. Весь режим будується так, щоб не викликати підвищення АТ. В ім'я здоров'я такі особи відмовляються від захоплень, театрів і концертів, не ходять в гості, щоб не порушити режим, акуратно, до педантизму, дотримують призначення лікаря. Сон у них поверхневий, часто можна спостерігати розлад засипання за типом неврозу очікування, особливо якщо сну відводиться вирішальна роль в нормалізації АТ [14].

Хворі неврозами зазвичай барвисто описують свої відчуття, дійсні і уявні. У нагромадженні, в хаосі різноманітних відомостей, що повідомляються хворими, важко розібратися, важко зрозуміти, що в них достовірно, що менш ймовірно або зовсім маловірогідно: часто хворі схильні на підставі відомостей, почерпнутих з довідників, до перебільшення (звичайно, неусвідомленому) другорядних симптомів, що здаються їм найбільш важливими. Навпаки, іноді вельми істотні, такі, що мають велике діагностичне значення симптоми залишаються неосвітленими, оскільки самі хворі не надають їм значення.

За наявності виражених симптомів неврозу лікар може продивитися соматичне захворювання, що послужило причиною неврозу або більш яскраво виражені прояви вже наявного неврозу. Потрібні не тільки висока кваліфікація і досвід лікаря, але і велике терпіння, щоб уловити в розповіді те, що дійсно важливе для діагностики, відмітаючи все зайве, неістотне, як би барвисто воно не описувалося. Діагностична помилка лікаря однаково небезпечна для хворих як у разі визнання не існуючої хвороби, так і у разі, коли не розпізнано дійсне соматичне захворювання.

Головними методами лікування уявних хвороб є психотерапія і час, особливо останній: проходить час, людина переконується, що вона не померла, не стала інвалідом, не прикута ліжка, і поступово забуває, що зовсім недавно вона «страждала» - тілесно і душевно - від важкої уявної хвороби. Велике значення має і самонавіювання. Для цього потрібні твердий характер і сильна воля.

При соматичних захворюваннях залежно від тяжкості, тривалості і характеру хвороби можуть спостерігатися різні психічні порушення, які виражаються різними симптомами. При соматичних захворюваннях зміна психічної діяльності виражається найчастіше невротичними симптомами [15].

У ряді випадків соматичні захворювання (гіпертонічна хвороба, атеросклероз, цукровий діабет) приводять до виникнення психоорганічних розладів. Тривале соматичне захворювання, необхідність місяцями і роками знаходитися в стаціонарі, «особливе положення хворого» у ряді випадків приводять до змін особи у вигляді патологічного розвитку, при якому виникають риси характеру, раніше не властиві цій людині. Зміни характеру у цих хворих можуть перешкоджати або затрудняти лікування, приводити їх до інвалідності, створювати конфлікти в лікувальних установах, викликати негативне відношення тих, що оточують до цих хворих. Лікар повинен уміти розпізнати ці хворобливі зміни психіки, передбачати їх виникнення, лікарськими методами і шляхом проведення психотерапевтичних бесід пом'якшити їх прояви.

У роботах «ранніх» психосоматиків підкреслювалися як основні особові риси хворих ГХ: скритність, упертість, незадоволеність собою і оточенням, ворожа настроєність, що поєднується з вираженим контролем і придушенням агресивних тенденцій поведінки, що приводило до постійної внутрішньої напруженості і тривоги. Проте в подальших дослідженнях наголошувалися і невпевненість, і особова неспроможність, і чутливість до критики, і тенденція виявляти інтенсивну реакцію у формі депресії на психологічний стресор.. Bastiaans спробував об'єднати гіперстенічні і астенічні риси хворих, вважаючи, що тільки поверхневий аналіз виявляє в них і самовладання, і чесність, і щирість, і акуратність, і чарівливість, і дружелюбність, тоді як за цим нормальним і позитивним фасадом ховається нерішучість, чутливість, ранимість, недолік упевненості в собі і порушення внутрішньої рівноваги, що свідчать про дисгармонію в структурі особи [22].

Дисгармонійність, акцентуація особових характеристик хворих відмічена в роботах Ленінградського інституту ім. В.М. Бехтерева і в дослідженнях останніх років, проведених в 1-му Московському медичному інституті (А.М. Вейн, А.Д. Соловьева; Ф.І. Комарів, А.М. Вейн, С.Н. Коцюк). Особливості особи виступають, на думку А.М. Вейна, як чинник, що обумовлює неадаптовану поведінку вегетативних реакції, супроводжуючись надмірним збільшенням тонусу судин опору при фізичному навантаженні і недостатнім приростом серцевого викиду при психологічній напрузі [11,12,16,29].

Залежно від особливостей психічних порушень при соматичних захворюваннях будується бесіда лікаря з хворими, поведінка медичного персоналу і вся тактика медичних заходів. При наростаючій інтоксикації у хворих порушуються сон і апетит, з'являються дратівливість, підвищена образливість і плаксивість. Сон у таких хворих стає поверхневим - вони легко прокидаються, шуми, світло, розмови, дотик одягу стають неприємними. Іноді при безсонні з'являються напливи спогадів, що також заважають хворому заснути. Хворі стають тривожними, переживають страхи, часто просять не гасити вночі світло або посидіти біля них. Не кожен хворий може сказати лікарю, що вночі пережив страх через помилковий сором перед психічним розладом або небажання виглядати боягузом.

Звичні шуми стають нестерпними, світло від ліхтаря з вулиці - дратівливим. Лікар повинен зрозуміти хворого в такому його стані, уважно віднестися до його скарг і по можливості усунути подразники, помістити його в тихішу палату, на зручніше місце. На грунті астенічних симптомів (дратівлива слабкість) іноді з'являються нав'язливі страхи за своє здоров'я або не властиві раніше істеричні реакції. Лікар завжди повинен пам'ятати, що істерична реакція - це хворобливий прояв і відноситися до неї необхідно як до хвороби.

Не кожне соматичне захворювання супроводжується психічними порушеннями. Так, при виразковій хворобі, коліті, гіпертонічній хворобі, серцевій недостатності частіше спостерігаються невротичні розлади і патологічні риси характеру, а при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі можливо і виникнення психозів.

Вираженість і якість змін психічної діяльності при соматичних захворюваннях знаходяться залежно від багатьох причин, і в першу чергу - від природи самого захворювання (чи надає воно прямо або побічно вплив на мозкову діяльність), а також від типу течії і гостроти розвитку хвороби. Так, при гострому і бурхливому початку, за наявності вираженої інтоксикації спостерігаються розлади, що досягають затьмарення свідомості, при підгострій або хронічній течії частіше проявляються невротичні симптоми.

На зміну психічної діяльності впливає і етап розвитку соматичної хвороби: якщо в гострому періоді бувають стани зміненої свідомості і невротичні симптоми, то на віддаленому етапі її розвитку можуть спостерігатися зміни характеру, особи, астенія і психоорганічні розлади. На психічну діяльність при соматичних захворюваннях роблять вплив супутні шкідливості. Так, пневмонія або інфаркт міокарду протікають з великими порушеннями психічної діяльності у осіб, що зловживають алкоголем [7].

Реакції особи на соматичну хворобу у ряді хворих можуть носити патологічний характер і виявлятися у вигляді психогенних невротичних, тривожно-депресивних реакцій. У інших хворих ці реакції виражаються психологічно адекватними переживаннями факту хвороби. Нервово-психічні порушення при соматичних захворюваннях зазвичай складаються з психічних соматогенних розладів і з реакції особи на хворобу.

У цій складній структурі психічних порушень вираженість вказаних чинників не рівнозначна. Так, при судинних захворюваннях, особливо при гіпертонічній хворобі, атеросклерозі, ендокринних захворюваннях, вирішальна роль належить саме соматогенним чинникам, при інших захворюваннях - особовим реакціям (спотворюючі операції, дефекти особи, втрата зору).

Реакція особи на хворобу знаходиться в прямій залежності від багатьох чинників [2]:

характеру захворювання, гостроти і темпу розвитку;

уявлення про це захворювання у самого хворого;

характеру лікування і психологічної обстановки;

особи хворого;

відношення до хвороби родичів і товаришів по службі на роботі.

Хронічно готові до боротьби гіпертоніки мають дисфункцію апарату кровообігу. Вони пригнічують вільне висловлення неприязні по відношенню до інших людей через бажання бути коханими. Їх ворожі емоції вирують, але не мають виходу. У юності вони можуть бути забіяками, але з віком помічають, що відштовхують від себе людей своєю мстивістю і починають пригнічувати свої емоції. Артритик - той, хто завжди готовий атакувати, але пригнічує в собі це прагнення. Є значний емоційний вплив на мускульне висловлення відчуттів, який при цьому виключно сильно контролюється.

На одному з полюсів цього континууму знаходиться соматична патологія, посилена розладами соматопсихічної сфери: напади нестабільної стенокардії, гострий інфаркт міокарду, гіпертонічний криз, важкий напад бронхіальної астми, астматичний статус, загострення виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки, що протікають зі страхом, тривогою, конверсійними проявами. Центральне положення займають коморбідні (на рівні загальних симптомів) соматичні і психічні розлади.

Загальні симптоми - прояви соматичної патології, відтворні (дубльовані) по механізму атрибутивних атак (наприклад, умовно-рефлекторне відтворення пароксизму кардіалгій, стиснення в грудній клітці, диспне, відчуття перешкоди в дихальних шляхах, болі в міжреберних м'язах поза об'єктивним нападом стенокардії або бронхіальної астми, але в ситуації, в якій виник перший напад). На іншому полюсі континууму психосоматичних станів - психічна патологія, зредукована до соматоформних розладів.

Психосоматичні співвідношення, віднесені до першого і другого варіантів (соматична патологія, ампліфіцирована конверсійними і іншими психічними розладами; соматична патологія, що дублюється атрибутивними соматоформними розладами), найчастіше спостерігаються при патології внутрішніх органів, визначуваній як психосоматичні захворювання в традиційному «вузькому» розумінні цього терміну - ішемічна хвороба серця, эссенціальна гіпертонія, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, деякі ендокринні захворювання (гіпертиреоз, діабет), нейродерміт і ряд інших (зокрема алергічних) захворювань. У ряді обставин, сприяючих маніфестації психосоматичних розладів, як найбільш значущих розглядаються психотравмуючі події [8,41].

Вплив стресів на діяльність внутрішніх органів, зокрема на імунні і обмінні процеси, підтверджено даними численних клінічних і експериментальних досліджень. Проте травмуючі події є лише однією із складових патогенезу психосоматичних розладів. Значуща роль у формуванні психосоматичних захворювань належить особовим властивостям. Виділяється ряд особових профілів, що мають схильність до виникнення конкретного психосоматичного захворювання.

Абсолютно інший характер має гіпертонія при підвищенні пластичного тонусу. Тут опір м'яза розтягуванню з початку і до кінця рівномірний, а не що пружинить. Швидкість і різкість пасивного руху не впливають на ступінь опору розтягуваного м'яза. М'яз втрачає свою еластичність. Складається враження, ніби розтягується якась воскоподібна маса. Іноді на тлі рівномірно утрудненого пасивного руху спостерігаються переривисті затримки, унаслідок яких кінцівка рухається поштовхоподібно, і здається, що поверхня рухомого суглоба не гладка, а зубчата - так званий феномен зубчатого колеса. М'яз пристосовується до будь-якого стану і застигає в нім; він патологічно пластичний.

Підвищення пластичного тонусу наступає при ураженні головним чином підкіркових утворень. Це підвищення пластичного тонусу називається ригідністю. Таким чином, слід розрізняти пірамідну спастичність і екстрапірамідну ригідність. Різко виражена ригідність може вести до каталепсії, коли хворий невизначено довгий час зберігає додане йому, часто незручне положення (воскова гнучкість). Іноді тонус (контрактильний або пластичний) підвищується настільки, що його не вдається подолати (активна контрактура).

Зміни тонусу можуть дифузно охоплювати всю мускулатуру, але можуть обмежитися і окремими групами м'язів. Тому, окрім ступеня і характеру змін тонусу, необхідно указувати і їх локалізацію (у м'язах руки або ноги, в згиначах або розгиначах). Пірамідна гіпертонія, наприклад, зазвичай локалізується в згиначах і пронаторах руки і розгиначах ноги, а екстрапірамідна рівномірно захоплює як згиначі, так і розгиначі.

І.К. Шхвацабая [10] розглядає гіпертонічний криз як прояв порушень загальних (центральних, нервово-гормональних) і місцевих (нирки, мозок) механізмів адаптації до стресорних дій на тлі зміненої реактивності судин до пресорних впливів. Основою таких порушень він вважає дисфункцію гіпоталамічної області (по електроенцефалографічних і біохімічних - гормональних ознаках), що може виражати приведені вище психологічні особливості хворих.

Отже, гіпертонічна хвороба так само, як і ішемічна хвороба серця, на всіх етапах свого становлення і течії може мати різні зв'язки з психологічними чинниками, ігнорування яких збіднює розуміння патології і нерідко позбавляє лікаря можливості вибрати правильну терапевтичну тактику.

**2. Експериментальне дослідження людей із гіпертонічною хворобою**

**2.1 Методика та організація експериментального дослідження**

Завданням даного етапу дослідження стала розробка логіки емпіричного дослідження та система дослідницьких процедур, спрямована на діагностику основних аспектів емоційного дискомфорту та оцінки невротичних станів людей хворих на гіпертонію.

Загальну вибірку досліджених склали 24 мешканців м. Кам’янець-Подільський у віці від 38 до 69 років - відвідувачі кардіологічного відділення міської лікарні №1. Нами були використані методики:

«Причини емоційного дискомфорту»;

- «Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів» [31,38].

**«Причини емоційного дискомфорту»**

Анкета «Причини емоційного дискомфорту» має наступну інструкцію: «Оцініть за 7-бальной шкалою ступінь неспокою, що доставляється вам кожній з перерахованих в переліку причин:

- дуже слабкий неспокій;

- слабкий неспокій;

- сила неспокою дещо нижча за середню;

- сила неспокою середня;

- сила неспокою декілька вище середньої;

- сильний неспокій;

- дуже сильний неспокій.

Вашою відповіддю буде вибір одного з балів. Запишіть його у вільну клітку. Не пропускайте жодного пункту анкети. Будь ласка, не переправляйте одну цифру на іншу на тому ж місці. Для виправлення перекресліть непотрібну і запишіть справа нову. Напишіть своє прізвище у верхній частині листа для відповідей. Замість прізвища можете написати будь-який псевдонім. Також назвіть інші причини неспокої, що не увійшли до цього переліку, і оцініть їх силу».

Анкета

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Причини неспокою** | **Бал** |
| 1 | Неприємні сусіди |  |
| 2 | Турбота про стан здоров'я кого-небудь з членів сім'ї |  |
| 3 | Розкаяння з приводу минулих рішень |  |
| 4 | Роздуму про сенс життя |  |
| 5 | Неспокій, викликаний внутрішньоособистісними конфліктами (суперечливими бажаннями, прагненнями, обов'язками перед людьми) |  |
| 6 | Перевантаженість справами |  |
| 7 | Проблеми з підлеглими |  |
| 8 | Проблеми в спілкуванні із співробітниками (колегами) на роботі |  |
| 9 | Зіткнення з начальством |  |
| 10 | Неспокій про надійність місця роботи |  |
| 11 | Проблеми з місцем роботи через своєю статеву приналежність |  |
| 12 | Незадоволеність своєю роботою |  |
| 13 | Відчуття самотності |  |
| 14 | Труднощі у виборі життєвого шляху |  |
| 15 | Фінансова ненадійність положення сім'ї (або власного положення) |  |
| 16 | Труднощі з можливістю виразити себе |  |
| 17 | Фізична недуга (який-небудь розлад організму, тілесний дефект) |  |
| 18 | Незадоволеність зовнішнім виглядом |  |
| 19 | Турботи про своє здоров'я (в цілому) |  |
| 20 | Недостатність відпочинку |  |
| 21 | Сексуальні проблеми |  |
| 22 | Проблеми з сексуальним партнером |  |
| 23 | Брак часу для сім'ї |  |
| 24 | Проблеми з батьками |  |
| 25 | Проблеми з дітьми |  |
| 26 | Перевантаженість сімейними обов'язками |  |
| 27 | Незадоволеність відносинами з друзями і приятелями |  |
| 28 | Труднощі у відносинах з однолітками протилежної статі |  |
| 29 | Недолік активності, енергії |  |
| 30 | Ціни, що ростуть |  |
| 31 | Проблеми з покупками |  |
| 32 | Проблеми з транспортом |  |
| 33 | Засудження і дискримінація з боку інших |  |
| 34 | Неспокій з приводу обстановки в країні |  |

Обробка результатів опитування і інтерпретація отриманих данихповинні включати якісний і кількісний аналіз.

Спочатку необхідно, зіставляючи силу окремих причин неспокою, провести їх порівняльний аналіз, що дозволить виявити домінуючі по силі причини неспокою.

**«Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів»**

Текст опитувальника

**Інструкція:** Оцініть свій теперішній стан за п’ятибальною системою: 5 балів - ніколи не було, 4 бали - рідко, 3 бали - іноді, 2 бали - часто, 1 бал - постійно або завжди.

. Ваш сон поверхневий і неспокійний?

. Чи помічаєте ви, що стали більш повільні і мляві, немає колишньої енергійності?

. Після сну ви відчуваєте себе втомленим і розбитим (не відпочившим)?

. У вас поганий апетит?

. У вас бувають відчуття здавлення в грудях і відчуття нестачі повітря при хвилюваннях або прикрощах?

. Вам важко буває заснути, якщо вас що-небудь турбує?

. Чи відчуваєте ви себе пригніченим і пригнобленим?

8. Чи відчуваєте ви у себе підвищену стомлюваність, втому?

9. Чи помічаєте ви, що колишня робота дається вам важче і вимагає великих зусиль?

. Чи помічаєте ви, що стали більш розсіяним і неуважним, забуваєте, куди поклали яку-небудь річ, або не можете пригадати, що тільки що збиралися робити?

. Вас турбують нав'язливі спогади?

. Чи буває у вас відчуття якогось занепокоєння (неначе щось повинно трапитися), хоча особливих причин і немає?

13. У вас виникає страх захворіти важким захворюванням (рак, інфаркт, психічне захворювання і т.д.)?

. Ви не можете стримувати сльози і плачете?

. Чи помічаєте ви, що потреба в інтимному житті для вас стала меншою або навіть стала вас обтяжувати?

16. Ви стали більш дратівливі і запальні?

. Чи приходить вам думка, що у вашому житті мало радості і щастя?

. Чи помічаєте ви, що стали якимсь байдужим, немає колишніх інтересів і захоплень?

. Чи перевіряєте ви багато разів виконані дії: чи вимкнений газ, вода, електрика, чи замкнуті двері і т.д.?

. Чи турбують вас болі або неприємні відчуття у ділянці серця?

. Коли ви хвилюєтесь, у вас буває так поган з серцем, що вам доводиться приймати ліки або навіть викликати «швидку допомогу»?

. Чи буває у вас дзвін у вухах або рябіння в очах?

. Чи бувають у вас напади прискореного серцебиття?

. Ви такі чутливі, що гучні звуки, яскраве світло і різкі кольори дратують вас?

. Чи відчуваєте ви в пальцях рук і ніг або в тілі колення, повзання мурашок, оніміння або інші неприємні відчуття?

. У вас бувають періоди такого занепокоєння, що ви навіть не можете усидіти на місці?

. Ви до кінця роботи так сильно втомлюєтеся, що вам необхідно відпочити, перш ніж взятися за що-небудь?

. Очікування вас турбує і нервує?

. У вас крутиться голова і темніє в очах, якщо ви різко встанете або нахилитеся?

. При різкій зміні погоди у вас погіршується самопочуття?

. Ви помічали, як у вас мимовільно сіпаються голова і плечі або повіки, скули, особливо коли ви хвилюєтеся?

. У вас бувають кошмарні сновидіння?

. Ви відчуваєте тривогу і занепокоєння за кого-небудь або за що-небудь?

. Чи відчуваєте ви грудку в горлі при хвилюванні?

. Чи буває у вас відчуття, що до вас відносяться байдуже, ніхто не прагне вас зрозуміти і поспівчувати і ви відчуваєте себе самотнім?

. Чи відчуваєте ви утруднення при ковтанні їжі, особливо коли ви хвилюєтеся?

. Ви звертали увагу на те, що руки або ноги у вас знаходяться в неспокійному русі?

. Чи турбує вас, що ви не можете звільнитися від нав'язливих думок, що постійно повертаються (мелодія, вірш, сумніви)?

. Ви легко потієте при хвилюванні?

. Чи буває у вас страх залишатися наодинці в порожній квартирі?

. Чи відчуваєте ви у себе нетерплячість, непосидючість або метушливість?

. У вас бувають запаморочення або нудота до кінця робочого дня?

. Ви погано переносите транспорт (вас вколисує і вам стає погано)?

. Навіть в теплу погоду ноги і руки у вас холодні (мерзнуть)?

. Чи легко ви ображаєтеся?

. У вас бувають нав'язливі сумніви в правильності ваших вчинків або рішень?

. Чи не вважаєте ви, що ваша праця на роботі або удома недостатньо оцінюється оточуючими?

. Вам часто хочеться побути одному?

. Ви помічаєте, що ваші близькі відносяться до вас байдуже або навіть неприязно?

. Ви відчуваєте себе скуто або невпевнено в товаристві?

. Чи бувають у вас головні болі?

. Чи помічаєте ви, як стукає або пульсує кров в судинах, особливо якщо ви хвилюєтеся?

. Чи скоюєте ви машинально непотрібні дії (потираєте руки, поправляєте одяг, пригладжуєте волосся і т.д.)?

. Ви легко червонієте або бліднете?

. Чи покриваються ваше обличчя, шия або груди червоними плямами при хвилюванні?

. Чи приходять вам на роботі думки, що з вами може несподівано щось трапитися і вам не встигнуть надати допомоги?

. Чи виникають у вас болі або неприємні відчуття у ділянці шлунку, коли ви хвилюєтесь?

. Чи приходять вам думки, що ваші друзі або близькі більш щасливі, ніж ви?

. Чи бувають у вас закрепи або проноси?

. Коли ви турбуєтеся, у вас буває відрижка або нудота?

. Перш ніж ухвалити рішення, ви довго коливаєтеся?

. Чи легко змінюється ваш настрій?

. При прикрощах у вас з'являється свербіння шкіри або висип?

. Після сильних прикрощів ви втрачали голос або у вас віднімалися руки або ноги?

. У вас підвищене слиновиділення?

. Чи буває, що ви не можете один перейти вулицю, відкриту площу?

. Чи буває, що ви переживаєте сильне почуття голоду, а ледве почавши їсти, швидко насичуєтеся?

. У вас виникає відчуття, що в багатьох неприємностях винуваті ви самі?

Таблиця 2.2. Бланк опитувальника

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер питання | Оцінка | Номер питання | Оцінка | Номер питання | Оцінка | Номер питання | Оцінка |
| 1 |  | 18 |  | 35 |  | 52 |  |
| 2 |  | 19 |  | 36 |  | 53 |  |
| 3 |  | 20 |  | 37 |  | 54 |  |
| 4 |  | 21 |  | 38 |  | 55 |  |
| 5 |  | 22 |  | 39 |  | 56 |  |
| 6 |  | 23 |  | 40 |  | 57 |  |
| 7 |  | 24 |  | 41 |  | 58 |  |
| 8 |  | 25 |  | 42 |  | 59 |  |
| 9 |  | 26 |  | 43 |  | 60 |  |
| 10 |  | 27 |  | 44 |  | 61 |  |
| 11 |  | 28 |  | 45 |  | 62 |  |
| 12 |  | 29 |  | 46 |  | 63 |  |
| 13 |  | 30 |  | 47 |  | 64 |  |
| 14 |  | 31 |  | 48 |  | 65 |  |
| 15 |  | 32 |  | 49 |  | 66 |  |
| 16 |  | 33 |  | 50 |  | 67 |  |
| 17 |  | 34 |  | 51 |  | 68 |  |

Обробка результатів

Для зручності обробки рекомендується виготовити маски для кожної з шести шкал. При обробці результатів використовуються таблиці значень діагностичних коефіцієнтів за шкалами (додаток А).

**Інтерпретація:** сумують діагностичні коефіцієнти за 6 шкалами і будують графік. Показник більше +1,28 вказує на рівень здоров’я, менше - 1,28 - на хворобливий характер виявлених розладів.

**.2 Аналіз результатів експериментального дослідження**

З метою виявлення психологічних особливостей людей із гіпертонічна хворобою нами було проведене дослідження із пацієнтами кардіологічного відділення міської лікарні №1 м. Кам’янець-Подільський. Обсяг вибірки - 24 людей.

За результатами експериментального дослідження, за допомогою методики «Причини емоційного дискомфорту» було встановлено, що у людей із гіпертонічною хворобою дуже сильний неспокій викликає:

- фізична недуга (який-небудь розлад організму, тілесний дефект) (40%);

- турботи про своє здоров'я (в цілому) (40%);

 турбота про стан здоров'я кого-небудь з членів сім'ї (20%).

Причинами сильного неспокою є:

турбота про стан здоров'я кого-небудь з членів сім'ї;

- фізична недуга (який-небудь розлад організму, тілесний дефект);

- фінансова ненадійність положення сім'ї (або власного положення);

 турботи про своє здоров'я (в цілому);

- недостатність відпочинку;

- відчуття самотності;

- ціни, що ростуть.



Рис. 2.1. Результати дослідження за методикою «Причини емоційного дискомфорту» за показником «сильний неспокій»

Слабкий неспокій викликають:

- неспокій, викликаний внутрішньоособистісними конфліктами (суперечливими бажаннями, прагненнями, обов'язками перед людьми);

- труднощі з можливістю виразити себе;

 незадоволеність відносинами з друзями і приятелями;

 проблеми з дітьми;

- перевантаженість сімейними обов'язками;

- неспокій з приводу обстановки в країні;

- розкаяння з приводу минулих рішень;

- перевантаженість справами;

- незадоволеність зовнішнім виглядом;

- недолік активності, енергії;

- проблеми з транспортом.

Причинами дуже слабкого неспокою досліджуванні вважають:

- розкаяння з приводу минулих рішень;

- труднощі з можливістю виразити себе;

 незадоволеність зовнішнім виглядом;

- перевантаженість сімейними обов'язками;

- неспокій, викликаний внутрішньоособистісними конфліктами (суперечливими бажаннями, прагненнями, обов'язками перед людьми);

- проблеми з транспортом;

 труднощі у відносинах з ровесниками протилежної статі;

 брак часу для сім'ї;

 проблеми з батьками;

 проблеми з підлеглими;

 проблеми в спілкуванні із співробітниками (колегами) на роботі;

 зіткнення з начальством;

 неспокій про надійність місця роботи;

 проблеми з місцем роботи через своєю статеву приналежність;

 незадоволеність своєю роботою;

 роздуму про сенс життя;

 труднощі у виборі життєвого шляху;

 сексуальні проблеми;

 проблеми з сексуальним партнером;

 проблеми з дітьми;

 перевантаженість сімейними обов'язками;

 незадоволеність відносинами з друзями і приятелями.

За результатами експериментального дослідження, за допомогою методики «Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів» було встановлено, що у людей із гіпертонічною хворобою хворобливий характер виявлений за шкалами (рис. 2.2.):

- невротичної депресії,

- астенії,

 вегетативних порушень,

 істеричного типу реагування,

 обсесивно-фобічних порушень.



Рис. 2.2. Вираженість шкал за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів»

Хворобливий характер нами не був виявлений за шкалою «Тривоги». Найбільш вираженою була шкала «астенії» (- 6,16) хоча найчастіше зустрічається хворобливий характер виявлення розладів за шкалою «вегетативних порушень».

Також, у ході дослідження, у однієї жінки за всіма шкалами виявився рівень здоров’я (рис. 2.3.).



Рис. 2.3. Вираженість шкал за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів»

Отже, у людей з гіпертонічною хворобою найбільший неспокій викликають:

· фізична недуга (який-небудь розлад організму, тілесний дефект); турбота про своє здоров'я (в цілому);

· турбота про стан здоров'я кого-небудь з членів сім'ї; ціни, що ростуть (зокрема, на медикаменти).

Найменше вони турбуються про:

· проблеми з батьками;

· проблеми з підлеглими;

· проблеми в спілкуванні із співробітниками (колегами) на роботі;

· зіткнення з начальством;

· неспокій про надійність місця роботи;

· проблеми з місцем роботи через своєю статеву приналежність;

· незадоволеність своєю роботою;

· роздуму про сенс життя;

· труднощі у виборі життєвого шляху;

· сексуальні проблеми;

· тощо.

За результатами експериментального дослідження, за допомогою методики «Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів» було встановлено, що у людей із гіпертонічною хворобою хворобливий характер виявлений за шкалами: невротичної депресії (40%), астенії (40%), вегетативних порушень (60%), істеричного типу реагування (20%), обсесивно-фобічних порушень (40%).

Для більш ефективного лікування гіпертонії необхідне проведення психотерапії, її основні методи ми розглянемо у наступному розділі.

**3. Особливості психотерапевтичної роботи з людьми у яких гіпертонічна хвороба**

**3.1 Основні методи психотерапії при гіпертонії**

Ситуація відносин психотерапевта і хворого часто характеризується конфліктом агресивності /залежності зі сторони хворого.

Умови для лікування гіпертоніка характеризуються:

- низькою мотивацією, оскільки скарги поступають в основному на незначні суб’єктивні симптоми;

- добрими можливостями лікувальної терапії;

 особистісними факторами, що характеризуються конфліктом агресивності /залежності, що може призвести до напруження у відносинах психотерапевта і хворого і виражатись в ненадійності взаємодії.

Для підтримуючого лікування рекомендується раннє залучення соціального поля, не директивне відношення психотерапевта до хворого, не активуюче конфлікт агресивності /залежності, активне повідомлення психотерапевтом інформації, посилення власної відповідальності і самостійності, а також самосприйняття (наприклад, за рахунок самостійного вимірювання тиску).

Психотерапевтичне лікування є доцільним і показаним лише тоді, коли хворий має відповідний рівень страждання. Релаксація і поведінкові методи добре себе зарекомендували як засіб підтримки медикаментозної терапії, оскільки таким чином вдається суттєво знизити дози ліків.

В межах програми поведінкової терапії слід досягати власної відповідальності пацієнта при використанні методу біологічного зворотного зв’язку і застосуванні методик зниження напруження. Пацієнти повинні зрозуміти, які ситуації, труднощі, конфлікти призводять до підвищення артеріального тиску, навчитись контролювати свої успіхи і невдачі. Необхідно уточнити, чи відповідають ці успіхи канонам класичної рефлекторної теорії і чи йде мова про пряме утворення умовних зв’язків а не просто про на учіння хворих загальним заспокійливим прийомам.

Психотерапевтів іноді ототожнюють з фахівцями з емоційних розладів. Психотерапевт - це перш за все фахівець, що має професійну підготовку, що дозволяє надавати допомогу людям. Психотерапією зазвичай займаються психологи, психіатри.

У Росії офіційно цим родом діяльності можуть займатися особи, що мають або медичний диплом, або що пройшли спеціальний курс підготовки.

Переконання, або раціональна психотерапія

Лікування переконанням - це лікування інформацією, вступаючою у взаємодію з тими, що є у хворого уявленнями і логічній переробці, що піддається. На підставі цього можуть виникати нові погляди на речі, нова оцінка подій, що травмували психіку, нові установки на майбутнє. При лікуванні по цьому методу виробляються або зміцнюються корисні для здоров'я хворого нові уявлення і гальмуються старі. Таким шляхом досягається зміна інформаційного значення деяких подразників і втрата ними патогенних властивостей.

В процесі лікування переконанням лікар прагне не тільки змінити відношення хворого до тієї або іншої психотравмуючої події, але і більш глибоко вплинути на його особу - перевиховати його, вплинути на риси вдачі або укорінені погляди, що роблять його особливо чутливим відносно психотравмуючих подій. Це має величезне значення як для лікування, так і для загального оздоровлення особи і профілактики нових загострень захворювання.

Техніка лікування зводиться до бесід з хворим, під час яких лікар роз'яснює йому причину захворювання і оборотний характер порушень, що є у нього, закликає хворого змінити своє відношення до подій навколишнього оточення, що хвилюють його, перестати фіксувати увагу на патологічних симптомах, що є у нього. Аргументи можуть бути самого різного характеру. Одним з прийомів може бути використання відповідних місць з книг. Хворий деколи більш схильний вірити написаному, чим тому, що говорить лікар, оскільки підозрює, що лікар хоче його заспокоїти і тому нещирий. При цьому має значення авторитет автора книги і солідність видання.

Звичайно, що хворий повинен бути «відкритий» для даного методу психотерапії. Лікувальний ефект досягається краще, якщо те, в чому переконують хворого, не суперечить його переконанням. Тому на одного швидше подіє зняття «зглазу», на іншого - «біоенерготерапія» і «кодування» і тому подібне. Необхідно відмітити, що лікування у знахарів деколи приховує небезпеку ятрогенії і невчасного вживання необхідних медичних заходів. У практиці достатньо часто доводиться стикатися з хворими, що пройшли «нетрадиційний курс лікування», яких потім доводиться переконувати «удвічі» [15].

Гіпнотерапія

Гіпноз є одним з традиційних методів психологічної дії, ця техніка міцно укорінилася в психології і в психіатрії.

Серед сучасних суггестивних технік особливо популярна недирективна техніка: нейролінгвістичне програмування (reframing), еріксоновский гіпноз (непряме навіювання, побудоване на розгортанні семантики метафор) і так звана «керована уява», базисні принципи яких схожі.

Навіювання

Навіювання (suggestio) - подача інформації, що сприймається без критичної оцінки і робить вплив на течію нервово-психічних процесів. Шляхом навіювання можуть викликатися відчуття, уявлення, емоційні стани і вольові спонуки, а також можуть виявлятися дії на вегетативні функції без активної участі особи. Навіювання неможливе за відсутності семантичного (смислового) вмісту в повідомленні. Так, наприклад, людині не можна що-небудь вселити на незнайомій її мові. Різновидом навіювання є плацебо-терапія, при якій хворому, наприклад, мовиться, що даний засіб викличе у нього сон, і при цьому дається абсолютно індиферентна речовина. В цьому випадку хворий помилково приписує дію, що наступила, подразнику, який сам по собі, без завірення лікаря не здатний його викликати.

Власне, гіпноз - це навіювання, вироблюване хворому, що знаходиться в стані гіпнотичного сну. Зануренню в гіпнотичний сон сприяє все те, що сприяє настанню природного сну [15].

Визначення навіюваності хворого

При лікуванні навіюванням в стані гіпнотичного сну хворому перш за все роз'яснюють суть лікувального методу. Наприклад, указують, що гіпнотичний сон - це звичайний стан дрімоти або глибокого сну, під час якого людина може чути і сприймати мову лікаря. Потім проводять проби, що дозволяють судити про ступінь навіюваності того, що гіпнотизується. Ось деякі з них:. Хворому пропонують уявити, що він їсть лимон. Далі вселяючим голосом йому указують, що він уявляє собі, як цей лимон ріжуть, вичавлюють. Чим більше яскравих, «соковитих» подробиць, тим краще. В результаті цієї проби вдається викликати слиновиділення і кислий смак в роті.. Сидячій людині пропонують покласти руку на своє коліно, потім просять дивитися на руку і вселяють, що рука зараз стала дуже важка, немов налилася свинцем. Після цього лікар злегка підводить руку хворого. Чим більше опір хворого, тим вище його навіюваність.. Хворому що стоїть із закритими очима пропонують триматися абсолютно прямо, так щоб головною опорою були п'яти. Після дають завдання посилено думати про те, що він впаде назад. При цьому спокійно, але твердо і упевнено слід вселяти: «Ви падаєте назад! Вас тягне назад! Ви вже падаєте, падаєте!» Більшість хворих дійсно починають відхилятися назад.. Лікар ставить хворого особою до себе з опущеними уздовж тулуба руками і зрушеними разом ногами. Хворому пропонується дивитися прямо в очі лікареві, що фіксує свій погляд на переніссі хворого. Далі лікар злегка торкається скронь хворого і вимовляє: «Зараз я відведу свої руки, і вас потягне вперед за ними». Руки відводять і дещо відходять назад, кажучи: «Ви падаєте, падаєте!» У цей момент хворий дійсно може впасти, і його необхідно вчасно підтримати.

Насправді існує величезна кількість подібних проб. Їх застосування не тільки може виявити рівень навіюваності пацієнта, але і підвищити його.

Техніка гіпнозу

Серед техніки гіпнотичного навіювання найчастіше застосовується змішаний спосіб гіпнотизації. Він полягає в одночасному застосуванні словесної дії і дії на різні аналізатори - зоровий, слуховий, тактильний.

Мабуть, краще всього підходить підкріплення навіювання дією на звуковий аналізатор. Це пояснюється тим, що звуки маскують зовнішні шуми, які відволікають увагу хворого. Іноді можна подавати звукову інформацію через навушники, якщо дозволяє апаратура. Зараз на ринку з'явилася безліч записів спеціальної музики («музика для релаксації», «нью эйдж»), проте часто вона дуже низької якості, тому що розповсюджується на дешевих аудіокасетах і, як правило, цілком (включаючи природні шуми) «нежива», тому що виконується програмно на MIDI-синтезаторах.

Зручніше користуватися підбіркою Клауса Щульце, Брайна Іно, рівною класичною музикою або спокійними етнічними композиціями, світло ж залишати приглушеним. Застосовуючи такий спосіб, дуже зручно орієнтуватися в часі сеансу.

Хворого укладають на кушетку або усаджують в крісло, потім просять закрити очі, включають музику і просять прислухатися до звуку. Після деякої паузи вимовляють формулу словесного навіювання, яка приблизно може виглядати таким чином: «Відкиньте всі сторонні думки. Дихаєте спокійно, рівномірно і глибоко. Ви весь час чуєте мій голос і цю спокійну зціляючу музику. Дихання стає все рівнішим і рівнішим, все глибше… З кожною новою хвилею звуків вас охоплює приємна дрімота, сонливість… Ваше тіло приємно тяжчає, розслабляється… Я вважатиму, і з кожною цифрою дрімота посилюватиметься… Раз… Приємне тепло розливається по всьому вашому тілу… Два… У голові з'являється легкий туман… Три… Він все наростає, все посилюється… Чотири… Продовжує посилюватися дрімота… П'ять… Мій голос діє снодійним чином… Шість… Ви починаєте засинати… Сім… Непереборна сонливість охоплює Вас…»

Деякі формулювання можна повторювати кілька разів. Про досягнення хворим стадії гіпнотичного сну можна судити по зміні ритму дихання, по відсутності ковтальних рухів. В кінці сеансу перед пробудженням слідує 2-3 рази повторити спеціальне терапевтичне навіювання, дати установку, що на наступних сеансах хворого засне міцніше і швидше. І перед самим пробудженням вимовити: «Тепер я вас розбуджу. На цифрі 3 ви прокинетеся і відчуватимете себе бадьорим і таким, що відпочив. Прокинувшись, ви опинитеся у хорошому настрої, як після нормального сну». Далі психотерапевт починає гучним голосом поволі вважати, після чого хворі зазвичай прокидаються [8,15].

**3.2 Особливості застосування аутотренінгу при гіпертонії**

Аутотренінг (аутогенне тренування) як метод управління своїм станом був запропонований австрійським психіатром Йоганном Генріхом Шульцем ще в 1932 р. Цей вид психотерапії сприятливо впливає на тонус нервової системи і корисний багатьом хворим ранніми стадіями гіпертонічної хвороби. При цьому пацієнт без допомоги ліків опановує способом розслаблення, який у будь-який час дозволяє звільнитися від фізичного або психічного перенапруження [30,37].

Принцип аутотренінгу полягає в самонавіюванні, коли суворо підібрані слова або формули можуть викликати в організмі фізіологічні зрушення, за якими поступово виникають позитивні зрушення і в психічному стані. Словесні сигнали і уявлення, пов'язані з цими словами, включають нервову реакцію на кшталт так званого умовного рефлексу. Наприклад, при концентрації уваги на слові «тепло» можна викликати відчуття тепла, тобто розширення кровоносних судин, особливо поверхневих капілярів, що нагадує ефект теплового впливу. Як видно, слово є при цьому основним засобом саморегуляції.

Аутогенне тренування допомагає контролювати психічні процеси, створює необхідний емоційний фон. За допомогою самонавіювання можна зняти зайве хвилювання у хворих на гіпертонічну хворобу при надзвичайної емоційної нестійкості, порушення сну. Крім того, аутотренінг є ефективним методом лікування стресових станів, доступним практично кожній людині. Проте оволодіння ним вимагає ретельної і досить тривалої підготовки.

Кожне заняття триває протягом 5-20 хв, і за 3-6 тижнів методика аутотренінгу досить легко освоюється. Не слід поспішати і скорочувати час занять, так як в їх ході виробляються спеціальні навички, необхідні в подальшій практиці аутогенних тренувань. Крім того, заняття самі по собі корисні для здоров'я.

Заняття самонавіюванням, як правило, проводяться в положенні лежачи на спині або сидячи на стільці в позі «кучера на дрожках»: людина сидить, не спираючись на спинку, ноги злегка висунуті вперед, на стегнах вільно лежать кисті рук, голова трохи опущена, спина зігнута, плечі знаходяться над тазостегновими суглобами. Однак сеанс аутотренінгу можна проводити і в інших позах - аби вони були достатньо зручні для кожної конкретної людини.

При проведенні занять необхідно дотримуватися таких умов. Не рекомендується займатися на голодний шлунок або відразу після їжі; при переповненому сечовому міхурі та кишечнику. Проводити заняття слід у спокійній обстановці - в кімнаті повинні бути тиша, свіже повітря, м'яке світло повинне падати з-за спини, одяг не повинен обмежувати рухів. Потрібно дати собі установку не реагувати на сторонні звуки і не помічати непередбачені дрібниці; навколишні повинні знати, чим ви займаєтеся, і по можливості не відволікати вас. Не можна освоювати заняття в період гострих захворювань, навіть легкого грипу.

Методика проведення занять

На початку кожного заняття, а в подальшому і для проведення сеансу аутотренінгу необхідно відключитися від всього, що відбувається, від сторонніх думок. Для цього потрібно прийняти максимально зручну позу, зосередитися на відчутті спокою і подумки, не поспішаючи, вимовити: «Я спокійний, я абсолютно спокійний, спокійний…». Робити це краще під час паузи після видиху. Вдих і видих повинні супроводжуватися уявним мовчанням. Якщо під час паузи ви не встигаєте вимовити всю фразу цілком, говорите два або навіть один раз: «Я спокійний…» («Я спокійна…»), - але затягувати паузу після видиху не слід, незабаром вона сама по собі подовжиться.

Якщо вам важко протягом хвилини утримувати увагу на одній думці-команді «Я спокійний…», через те що спливають сторонні думки, то можна почати тренування з 30 с (як правило, на такий короткий час зосередити свою увагу вдається всім) і поступово довести його до хвилини.

Слід пам'ятати, що під час тренування дихання повинно бути неглибоким, носовим. Вдих неглибокий (за цим треба особливо стежити, так як деякі помилково намагаються дихати глибоко). Наступні за ним видих і пауза відбуваються автоматично, тому стежити за ними не треба.

Перший час у більшості людей під час уявного мовчання мимоволі виникають сторонні думки. Іноді навіть йде як би уявна дискусія. Проте не варто засмучуватися, через 1-2 тижні сторонні думки стануть з'являтися все рідше і рідше. Увага без праці буде зосереджуватися на потрібних думках.

Після того як наступило повне заспокоєння, переходимо до наступного етапу - розслабленню м'язів. Доведено, що людина в стані збудження або роздратування, відчуваючи «почуття натягнутої струни», може відчути напругу своїх скелетних м'язів. І, навпаки, чим спокійніше нервова система, тим розслаблені м'язи. Якщо свідомо розслабити скелетні м'язи, це призведе до заспокоєння нервової системи.

Цей стан також досягається уявними командами. Розслаблення м'язів проводиться за принципом знизу вгору, воно починається приблизно з такої установки: «М'язи стопи розслаблені. Вони легкі і вільні…». Формулювання команд може бути підібрана кожною людиною індивідуально, в залежності від того, які установки роблять на нього максимальний розслаблюючий ефект.

М'язове розслаблення в більшості випадків сприймається як відчуття важкості, а розширення судин - як суб'єктивне відчуття тепла. Тому особливо доцільні вправи, спрямовані на відчуття загального спокою, тяжкості і тепла.

Далі за вищенаведеною схемою необхідно зробити розслаблення м'язів гомілки, стегна, тазового пояса. Потім також по частинах потрібно розслабити м'язи рук, шиї, потилиці, обличчя і язика. У подальшому методика спрощується: для розслаблення мускулатури ніг дається одна спільна команда для всіх м'язів ніг, так само як і для мускулатури рук.

Команда на розслаблення зазвичай повторюється 3 рази. Якщо під час сеансу з'явиться сонливість, можна спокійно заснути, а наступного разу слід врахувати свій досвід і зменшити глибину розслаблення м'язів, скоротивши число повторень команд до двох або одного разу для кожної частини тіла.

Для заспокоєння і розслаблення скелетної мускулатури можна використовувати і готові формули для самонавіювання:

«Я абсолютно спокійний, спокійно і розслаблено все моє тіло… Спокій і розслаблення… Кожен м'яз розслаблений і млявий… Мене ніщо не турбує… Я абсолютно спокійний… Права рука млява і розслаблена… Вона лежить важко (в положенні сидячи - на стегні, лежачи - на ліжку)… Права рука млява і важка - свинцева… Тяжкість розтікається й струменить по всій правій руці через плече, передпліччя, в кисть до кінчиків пальців… Судини правої руки розширюються, в праву руку струмує тепло… Приємне тепло наповнює праву руку, струмує через праве плече, праве передпліччя до правої кисті… Права рука наповнюється теплом і важчає… Я абсолютно спокійний… Спокій і рівновага заповнюють мене… Спокій огортає мене, як м'яке покривало… Спокій захищає мене… Я повністю віддаюся спокою і розслабленню… Я абсолютно спокійний…».

Ці ж команди можна застосовувати і для інших частин тіла.

Отже, почуття спокою, помірне розслаблення м'язів і уваги, зосереджене на сеансі, створюють стан, найбільш сприятливий для проведення самонавіювання - головного завдання сеансу. Самонавіювання, як правило, заздалегідь продумуються й лаконічно формулюються. Під час одного сеансу можна проводити 5-6 самонавіювань.

Для того щоб самонавіювання було досить ефективним, спочатку потрібно визначити його мету та завдання і лише після цього приступати до складання словесних формул. Слова та фрази повинні подумки вимовлятися від першої особи і обов'язково в стверджувальній формі, наказовим тоном. При цьому негативна частка «не» у словесних формулах не використовується. Наприклад, не можна говорити «Я не курю», так як з сприйняття дрімаючого людини частка «не» випадає і залишається фраза «Я курю». Правильна формула в даному випадку звучить так: «Я кинув палити» або «Я перестав курити».

Необхідно пам'ятати, що при самонавіянні не можна вимовляти довгі монологи, проте кожну фразу в різних варіантах слід повторювати кілька разів. Як вже згадувалося, фрази повинні бути короткими, вимовляти їх потрібно повільно, при повному зосередженні уваги на предметі навіювання. Під час промовляння кожної фрази самонавіювання потрібно жваво представляти і образно бачити те, що нав'язується. Не потрібно поспішати, після кожної фрази рекомендується робити паузу. Краще використовувати у формулах звичні слова, вимовляти їх вдумливо, енергійно і переконано. Не можна дозволяти собі повторювати установки механічно багато разів.

Тільки дотримуючись ці правила і систематично тренуючись, можна легко оволодіти навиками психологічної саморегуляції та сформувати у себе бажані риси характеру або позбавитися від шкідливих звичок, в більшості випадків є факторами ризику багатьох серцево-судинних захворювань: зловживання алкоголем, куріння, переїдання.

Запобігти наслідки надмірного вживання алкоголю може кожна людина, поки він у стані оволодіти методикою аутотренінгу. У цьому випадку рекомендуються наступні формули самонавіювання: «У будь-якому настрої алкоголь противний…»; «Навколо п'ють, а мені байдуже…»; «До алкоголю я байдужий…»; «Я перестав думати про спиртне…»; «Моя голова світла, я кинув пити…»; «Потяг до алкоголю зникла…»; «Кинув пити - серце здорове…»; «Кинув пити - сила повернулася…»; «Хочу нормального життя - кидаю пити…»; «Хочу щастя своїй родині - кидаю пити…»; «Думаю про майбутнє дітей - горілку забув…».

Звільнити себе від звички палити допоможуть наступні формули: «Навколо курять - мені байдуже…»; «Я байдужий до куріння…»; «Кинув палити - серце здорове…»; «Завжди вмію відмовитися…»; «У будь-якому настрої - куріння огидно…».

Установчі формули для зниження апетиту можуть бути такого характеру: «Їм менше і ситий…»; «Я байдужий до їжі…»; «Хочу схуднути (бути струнким)…».

Як відомо, не меншим чинником ризику захворювань серця і кровоносної системи є зниження фізичної активності (гіподинамія). Щоб її уникнути, слід постійно давати собі уявну установку наступного типу: «Я ходжу охоче, швидко і легко…»; «Я багато рухаюся і здоровий…».

При цьому, природно, потрібно прагнути усіма силами втілювати цю установку в життя.

У будь-якої конфліктної ситуації з подальшим стресом доречні такі уявні формули: «Я впевнений у собі, спокійний…»; «Завжди зберігаю стриманість (витримку, гумор)…»; «Я завжди кажу спокійно…»; «Я легко володію собою…»; «Я став внутрішньо спокійний…»; «Я вище дрібниць, завжди спокійний і впевнений у собі…».

Ці формули знімають зайве хвилювання, дають можливість правильно оцінити обстановку, діяти активно і розумно в будь-якій ситуації. Зрозуміло, що залежно від кожного конкретного випадку реакція на конфлікт буде різною. Але ні за яких обставин не треба дратуватися і нервувати, адже за це доводиться розплачуватися своїм власним здоров'ям.

У результаті постійного нервового напруження багато хворих гіпертонією страждають від безсоння. Однак, людина сама, без допомоги яких би то не було ліків, в змозі відновити і повернути собі здоровий сон з допомогою аутогенного тренування. Переживання або спогади про переживання найчастіше є причинами того, що людина не в змозі заснути, що сон у неї поверхневий, а вранці вона відчуває себе розбитою. Це пов'язано з тим, що у неї не було спокою в думках, отже, і не було повного розслаблення м'язів.

При безсонні допоможуть наступні формули самонавіювання: «Голова на подушці - я сплю…»; «Сплю міцно - до ранку…»; «Вранці встаю легко, радісно…»; «Прокидаюся свіжим, веселим (бадьорим, енергійним)…».

Такі установки треба робити під час сеансу аутотренінгу вранці або вдень. Увечері ж потрібно тільки розслабити мускулатуру, і спокійний, глибокий сон настане непомітно і природно.

Для зняття будь-якого хворобливого стану, впливу на хворий орган або при підвищеному артеріальному тиску застосовується лікувальний варіант аутогенного тренування. До нього можна переходити лише після того, як буде досить добре засвоєна заспокійлива частина аутотренінгу, яка представлена ​​далі. Нею треба займатися протягом 1-2 тижнів по 2-3 рази на день, потім можна перейти до комплексних лікувальних занять. Для кращого запам'ятовування і більш швидкого переходу до лікувальних вправ можна скористатися магнітофоном - запишіть на касету кілька заспокійливих музичних творів, а потім формули самонавіювання. Проміжок між фразами при цьому повинен складати приблизно 20-30 с. Після формул можна знову записати музику (тонізуючу або заспокійливу в залежності від мети заняття).

Заспокійлива частина лікувального варіанту аутотренінгу

Заспокійлива частина лікувального аутотренінгу складається з наступних послідовних установок:

. «Я відкидаю всі хвилювання і турботи і заспокоююсь…».

. «Тривоги і хвилювання залишають мене…».

. «Я розслаблюю м'язи обличчя, рук, тулуба, ніг…».

. «Усі м'язи розслаблені і відпочивають…».

. «З'являється приємна тяжкість у правій руці…».

. «Права рука все більше важчає…».

. «Усі м'язи розслаблені, права рука важка…».

. «Судини правої руки розширюються…».

. «Я відчуваю биття крові в цій руці…».

. «Рука приємно теплішає…».

. «Судини руки розширилися, я відчуваю биття крові навіть у кінчиках пальців…».

. «Вся рука приємно обважніла, стала гарячою…».

. «Я зміг розширити судини правої руки і зможу це зробити в будь-якому органі…».

. «Я абсолютно спокійний…».

Безпосередньо після відпрацювання формул заспокоєння і появи легкої дрімоти потрібно застосовувати формули самонавіювання з лікувальною метою.

Формули самонавіювання при головному болю:

. «Я абсолютно спокійний…».

. «Усі мої м'язи приємно розслаблені, права рука важка і тепла…».

. «Тепло з правої руки струмує в область правого плеча і шиї…».

. «З'являється відчуття тепла в ділянці передньої поверхні шиї, в області щитовидної залози…».

. «Я відчуваю пульсацію крові в судинах шиї, сонних артеріях…».

. «Тане хвороблива напруга стінок судин мозку…».

. «Поліпшується харчування нервових клітин головного мозку…».

. «Голова прояснюється…».

. «Неначе спадає полуда з мозку…».

. «Головний біль і відчуття важкості в голові проходять…».

. «Я відчуваю приємну прохолоду в області чола…».

. «Голова свіжа та легка…».

. «Я абсолютно спокійна…».

. «Заняття зміцнюють мою нервову систему…».

При головних болях можна використовувати і інше вправу: «Голова легка, вона вільна від важких думок… Чоло приємно прохолодне… Я відчуваю, що мою голову оточує прохолода… Все тіло вільне, розслаблене і спокійне… Голова стає ясною, світлою і вільною… Моя голова свіжа, як гірське джерело… Ясна, як кристал… Вона могла б зосередитися на будь-якій думці… Голова світла, свіжа і розслаблена».

Формули самонавіювання при болях в області серця:

. «Я абсолютно спокійний».

. «Усі мої м'язи приємно розслаблені, права рука важка і тепла…».

. «Поступово з'являється тепло в лівій руці…».

. «Тепло з обох рук прямує в область грудей…».

. «Судини серця починають розширюватися…».

. «Поліпшується живлення м'язів серця…».

. «Серце скорочується спокійно і рівномірно…».

. «Судини серця трохи розширилися…».

. «Судини серця розширені…».

. «Харчування серця повноцінне і достатнє…».

. «Зникли неприємні відчуття в серці…».

. «Я абсолютно спокійний…».

Формули самонавіювання при гіпертонії:

. «Я абсолютно спокійний…».

. «Усі м'язи розслаблені, права рука важка і тепла…».

. «Пішли всі хвилювання і турботи…».

. «Тривоги і пригнічуючі спогади поступово зникають…».

. «Спадає нервова напруженість…».

. «М'язи всього тіла розслабляються…».

. «Розслабляються і стінки судин…».

. «Судини тіла починають розширюватися…».

. «Приємне тепло розливається по тілу…».

. «Артеріальний тиск починає знижуватися…».

. «Все, що хвилювало і непокоїло мене, пішло, розсіялося, забулося і не має для мене ніякого значення…».

. «Мені добре і спокійно…».

. «Тиск все нижче і нижче…».

. «Голова стає світлою…».

. «За будь-яких обставин буду зберігати спокій…».

. «Я зможу справитися зі своєю хворобою…».

. «Я абсолютно спокійний…».

. «Заняття зміцнюють мою нервову систему…».

Формули самонавіювання можна складати самостійно і при інших хворобах з вищевикладеного принципом. У будь-якому випадку установки повинні вимовлятися у вигляді твердження, а не заперечення і обов'язково це стосується до себе, свого стану. Необхідно уникати невизначених тверджень типу: «Мені буває краще». Краще говорити конкретно, наприклад: «Завтра моя голова буде легкою і світлої».

Проробивши необхідні самонавіювання, можна ще на кілька хвилин залишитися в стані приємного розслаблення і відпочинку. Потім здійснюється перехід до завершальної частини сеансу - виходу зі стану аутогенного тренування.

Сеанс можна вважати закінченим лише після того, як людина приведе себе в активний стан. У повсякденному житті цю роль виконують потягування після сну і ранкова зарядка, а в сеансі аутогенного тренування - легка гімнастика.

У міру освоєння аутотренінгу, зміцнення здоров'я і волі рекомендується закінчувати сеанс з уявного переконання: «Я все зможу». У подальшому для проведення аутогенного тренування не потрібна буде особлива обстановка, не будуть заважати ні шум, ні сторонні розмови. Ви досить легко зможете від них відключатися і проводити сеанс в будь-яких умовах - у поїзді, в трамваї, на роботі. У цих випадках для виходу з аутотренінгу проводиться не гімнастика, а тільки напруга м'язів.

Кращий час для самонавіювання - вечірній (перед засинанням), а також період, наступний безпосередньо за ранковим пробудженням. У цей час людина ще не спить чи вже не спить, але ще й не спить, а перебуває у стані легкої дрімоти. Саме в цей момент його м'язи максимально розслаблені, а головний мозок знаходиться в стані найменшого порушення. Крім того, рекомендований час сприятливий для цілеспрямованого самонавіювання і тому, що, з одного боку, людина перебуває в стані релаксації, а з іншого - у її голові немає сторонніх вражень, що заважають виникненню того стану, який вона собі вселяє.

Якщо сеанс аутотренінгу проводиться перед сном, його зручніше розділити на 2 частини. Перша частина здійснюється до сну - після розслаблення м'язів сон настане непомітно, він буде особливо глибоким, а пробудження - приємним. Вранці людина відчуває себе добре відпочившою, її тіло розслаблене і наповнене приємним теплом. У цей час наступають стан підвищеної сугестивності і готовність продовжити сеанс, розпочатий перед сном.

Необхідно відзначити, що, навіть добре виспавшись, вранці існує ймовірність знову заснути, якщо аутотренінг проводиться не дуже активно і уважно. Щоб цього не сталося, рекомендується слова самонавіювання в думках вимовляти досить енергійно.

При необхідності можна поєднувати лікарське лікування і аутогенне тренування. Встановлено, що у тих, кому рекомендується аутогенне тренування, ефект відзначається вже з перших сеансів. Однак, на думку деяких дослідників, для досягнення стійкого ефекту потрібно проводити заняття протягом не менше 6 місяців. У людей же, що не піддаються самонавіюванню, все ж відбуваються позитивні зрушення, які проявляються в більшому ефекті безуспішної раніше лікарської терапії.

Таким чином, аутогенне тренування доступне кожному. Люди, треновані певним чином, можуть тільки вольовим зусиллям викликати розширення чи звуження кровоносних судин (значить, знижувати або підвищувати артеріальний тиск), змінювати інтенсивність обміну речовин, знижувати частоту серцевих скорочень або збільшувати її. Однак необхідно пам'ятати, що всі ці самовпливи ризиковані для організму. Наприклад, відомі випадки, коли невміле довільне вплив на серцеву діяльність виявлялося настільки різко, що людина втрачала свідомість. Навпаки, у ряді випадків самонавіювання допомагало зцілення, здавалося б, безнадійно хворих людей. Тому застосування такої системи саморегуляції, як аутотренінг, повинні бути невід'ємними усвідомлення серйозності і дієвості цього методу.

**.3 Характеристика методів поведінкової психотерапії**

**Техніка контролю стимулу.** Методи контролю стимулу - це група технік, за допомогою яких пацієнтові передається стратегія того, як впоратись з проблемними ситуаціями. Класичним прикладом контролю стимулу є так звані методи конфронтації при поведінці уникнення, обумовленій страхом.

Якщо проблема пацієнта полягає в тому, що він унаслідок (що передбачається) страху вже не здатний або недостатньо здатний переносити певні ситуації, то завдання психотерапевта - спонукати клієнта до конфронтації з лякаючою ситуацією, тоді може відбутися погашення і подолання страху. Згідно теорії когнітивного навчання, проблема пацієнта (в першу чергу поведінка уникнення) в репертуарі поведінки залишається такою стабільною якраз тому, що через повне уникнення людина не набуває досвіду безпечної поведінки, і тому не відбувається ніякого погашення.

Якщо людина, потрапивши в ситуацію, яку вона вважає небезпечною, прагне якнайскоріше вибратися з неї, то уникнення додаткове негативно підкріплюється. В рамках методів конфронтації пацієнт повинен набути конкретного досвіду в когнітивній, поведінковій і фізіологічній площині і випробувати, що конфронтація з суб'єктивно тривожною ситуацією не спричиняє за собою очікуваної «катастрофи»; пройшовши «плато» в збудженні, страх в декількох площинах знімається, що приводить також до посилення віри у власну здатність подолання.

Ефективність методів конфронтації однозначно доведена завдяки 20-річним дослідженням в цій області, і вони належать до найбільш важливої техніки поведінкової терапії. Сьогодні ми повинні визнати, що було б помилкою висувати якийсь один теоретичний підхід як єдино правильний; для пояснення того, що відбувається в різних площинах і аспектах при подоланні страху за допомогою різних методів конфронтації, набагато правильніше звернутися до декількох теорій, щоб віддати належне багатьом окремим аспектам.

Незважаючи на те, чи застосовуються різні методи з акцентом на контроль з боку або самоконтроль, при всій названій техніці має місце конфронтація індивіда з ситуацією, що викликає страх. Таку ситуацію можна реалізовувати або з поступово наростаючою інтенсивністю страху і в уявленні (десенсибілізація in sensu), або реально (десенсибілізація in vivo), або без наростання і реально (експозиція), або здійснити масований - або в уявленні (імплозія), або реально (повінь).

У сенсі підходу самоконтролю і самоменеджменту при проведенні окремих терапевтичних стратегій дотримується правило, що терапія здійснюється ступінчасто самим пацієнтом. Те, що сам пацієнт бере на себе покроковий самоконтроль, має величезне значення [30].

**Техніка контролю наслідків**

Управління проблемною поведінкою людини через наслідки - предмет наукових праць, що відносяться головним чином до оперантної (інструментальної) традиції. Різні можливості управління поведінкою через наслідки і вплив на вірогідність виникнення в майбутньому якоїсь поведінки.

Процеси контролю стимулу і наслідків полягають в тісній взаємодії: їх не можна строго розділити ні теоретично, ні експериментально; та і в терапевтичному контексті таке розділення неможливе або не має сенсу. Вище, коли йшла мова про контроль стимулу, ми вже стисло згадували процес негативного підкріплення, щоб пояснити підтримку поведінки уникнення: напередодні аверсивної в якому-небудь відношенні ситуації (збудження, страх і т.д.) покінчити з цією ситуацією можна або відхилившись від неї (= втеча), або взагалі відмовившись коли-небудь піддаватися такій ситуації з відповідними подразниками (= уникнення).

Покінчити з аверсивною ситуацією за допомогою уникнення - означає діяти за принципом негативного підкріплення. Всі стратегії і способи поведінки, які приводять до зняття або ненастання загрозливого аверсивного досвіду, з часом виявляються все частіше. Техніка, що відноситься до контролю наслідків, називається переважно оперантними методами, або стратегіями ситуативного управління. Під ситуативним управлінням при цьому розуміється, що наслідки якоїсь проблемної і відповідно цільової поведінки організовуються так, щоб в результаті частота цільової поведінки наростала (наприклад, через позитивне підкріплення), а проблемна поведінка (наприклад, через оперантне погашення) ставала б рідше.

Оперантні методи формування поведінки мають велике практичне значення (наприклад, формування мовних навиків і навиків спілкування у дорослих).

Поступове формування бажаної поведінки пов'язане головним чином з погашенням проблемної поведінки, іншими словами - позитивні наслідки даються тільки для бажаної цільової поведінки і не даються для небажаної проблемної поведінки (на відміну від того, як це нерідко буває в природних умовах).

Украй обмеженим значенням володіють, навпаки, методи (прямого) покарання, за допомогою яких прагнуть редукувати частоту поведінки: що карають і аверсивні методи обумовлюють цілий ряд теоретичних, емпіричних, і в першу чергу етичних, проблем, тому застосування цих методів представляється легітимним лише в екстремальному випадку.

Як і при використанні методів контролю стимулу, при зміні поведінки за допомогою контролю наслідків передбачається якийсь континуум контролю з боку і самоконтролю. Зазвичай психотерапевт здійснює контроль за поведінкою клієнта протягом обмеженого часу, для підтримки ж терапевтичного ефекту надзвичайно бажано, щоб пацієнт сам управляв наслідками своєї поведінки. Приклади взаємодії стороннього контролю і самоконтролю - це так звані договори про поведінку, коли поведінка полягає в строго певні рамки, які встановлюються рівноправними партнерами.

**Навчання по моделях**

Навчання по моделях засноване на тому, що люди, спостерігаючи за поведінкою інших людей (і за наслідками цієї поведінки), засвоюють цю поведінку або міняють патерн власної поведінки у напрямі поведінки моделі. На відміну від інших форм навчання при навчанні по моделях спостерігач може досить швидко навчитися наслідувати і перейняти навіть дуже складні способи поведінки і дії.

У поведінковій терапії техніки навчання по моделях займають проміжне положення між так званими класичними і так званими когнітивними методами, оскільки для пояснення навчання по моделях доводиться зачіпати цілий ряд різних процесів. Ці процеси теж є предметом так званої теорії когнітивно-соціального навчання:) Процеси уваги. Прийом інформації спостерігачем - це активний виборчий процес, при якому увага підпадає під вплив різних чинників (наприклад, мотиваційні умови; ознаки моделі і взаємодії із спостерігачем і т.д.).

б) Процеси запам'ятовування. Спостережуваним діям звичайно не наслідують негайно ж - спочатку необхідний процес накопичення у формі образної або вербальної системи репрезентації. Когнітивне накопичення є активний процес: окремі ознаки моделі при цьому змінюються і активно кодуються спостерігачем.

в) Процеси репродукції. Спостережувану поведінку неможливо репродукувати, якщо відсутня психічна і фізична платформа до цього; саме комплексна (наприклад, моторна) активність обумовлює підготовку (іноді взагалі лише остаточне формування) деталей необхідних процесів репродукції.

г) Процеси мотивації. Мотиваційні процеси є свого роду загальною умовою навчання по моделях, без них навчання по моделях відбуватися не може. Наприклад, для виконання раніше спостережуваної поведінки украй важливо, щоб до цього спостерігалися або очікувалися процеси підкріплення.

Ось декілька прикладів використання навчання по моделях в поведінковій терапії. Для придбання складних соціальних способів поведінки в тренінгу адекватної соціальної поведінки використовується навчання по моделях на моделі психотерапевта і членів групи.

Шляхом навчання по моделях найекономічніше долаються соціальні фобії і формується відповідна інтеракційна поведінка. Навчання по моделях як одна з форм лікування застосовується також при лікуванні фобій загального типу - часто будучи компонентом якої-небудь комплексної терапевтичної програми. То ж можна сказати відносно формування соціальних способів поведінки у агресивних або загальмованих дітей, та і лікування дітей взагалі: навчання по моделях дуже допомагає при формуванні цільової поведінки, оскільки чисто вербальні методи нерідко зв'язані з труднощами. Ці достоїнства навчання по моделях, зокрема, використовував Голдстейн, щоб надати істотну терапевтичну допомогу пацієнтам з нижчих соціальних шарів, працюючи в адекватній для них площині конкретних дій.

Огляд різних способів навчання по моделях в рамках поведінкової терапії можна знайти у Перрі і Фурукави. Проводячи терапію, не можна випускати з уваги, що в очах пацієнтів психотерапевт в усіх відношеннях володіє функцією моделі; ця обставина приводить до необхідності емпіричних і етичних зв'язків в області освіти, власного досвіду і супервізії для поведінкових психотерапевтів [30,37].

**Когнітивні методи**

Розвиток різних «когнітивних методів» в поведінковій терапії означає, зокрема, визнання того факту, що, займаючись людськими проблемами (психічними розладами), доводиться розрізняти декілька площин; це розрізнення частково походить із старіших психологічних підходів.

У поведінковій терапії найчастіше пропонується диференціація площин на когнітивно-вербальну, фізіологічно-соматичну і поведінкову. Психічні розлади звичайно виявляються в різних сферах функціонування, тому при аналізі і інтерпретації необхідно враховувати і різні площини.

Когнітивним стратегіям інтервенції приділяється увага - і імпліцитно, і в практиці поведінкової терапії - з тих пір, як існує сама поведінкова терапія. Теоретична розробка різних когнітивних методів інтервенції почалася приблизно з 70-х рр. - так же стрімко, наскільки різнорідно: якщо, скажімо, А.Т. Бек розробляв методи когнітивної терапії на основі теорії психоаналізу (те ж можна сказати і про раціонально-емотивну терапію А. Елліса), то інша когнітивна техніка розвивалася рука в руку з розвитком поведінкової терапії. Це відноситься як до тренінгу вирішення проблем, так і до підходів когнітивної модифікації поведінки. Останні більше інших відрізняються тим, що приймають до уваги дані фундаментального дослідження різних областей психології - і особливо когнітивні підходи. У тісному контакті з науковими і практичними тенденціями психології розвивалися також стратегії самоконтролю.

Тут ми не маємо можливості обговорювати окремі когнітивні методи зі всіма їх основами і зв'язками і тому лише стисло зупинимося на деяких головних теоретичних і терапевтично релевантних гіпотезах, характерних для окремої техніки.

Підходи самоконтролю. Багато моделей самоконтролю є розширеною концепцією класичної теорії навчання - в тій мірі, наскільки у відповідного індивіда передбачається здібність до управління власною поведінкою. Це особливо добре видно на прикладі концепції саморегуляції. Канфер виділяє в цій моделі наступні ступені: самоспостереження, самооцінка за допомогою певних стандартів і самопідкріплення як наслідок порівняння стандарту з власною поведінкою.

Самоконтроль означає специфічний випадок саморегуляції за наявності специфічної конфліктної ситуації: індивід перериває багато в чому автоматизований поведінковий ланцюжок, щоб точно проаналізувати ситуацію і власну поведінку. Як основа самоконтролю вирішальну роль грають мотиваційні, когнітивні і поведінкові процеси.

При розборі спеціальних методів самоконтролю в рамках поведінкової терапії потрібно виходити з того, що існує якийсь континуум стороннього контролю і самоконтролю, а значить, не має сенсу протиставляти окремі методи, оскільки при контролі комплексної людської поведінки ситуативні взаємозв'язки, з одного боку, і процеси саморегуляції - з іншої, знаходяться в тісній взаємодії.

До самоконтролю у вужчому сенсі цього слова можна віднести наступні методи:

а) Методи самоспостереження, службовці найчастіше першим ступенем в процесі змін.

б) Методи контролю стимулу. Тут індивід багато в чому сам управляє власною поведінкою за рахунок того, що завдяки спеціальній організації фізичного або соціального оточення стає вірогіднішим - або неймовірним - відповідна цільова поведінка.

в) Методи контролю наслідків. Індивід в принципі самостійно може управляти вірогідністю настання власної поведінки шляхом самопідкріплення, самопокарання або укладення спеціальних контрактів.

Різні методи самоконтролю твердо зайняли своє місце у складі поведінкових методів. Це признається навіть зважаючи на той факт, що упевнено порівнювати їх ефективність можна тільки насилу, оскільки окремі стратегії навряд чи чітко розмежовані. Окремі підходи володіють великою значущістю в декількох відносинах:

підходи, засновані на самоконтролі, вирішальним чином сприяють прозорості терапевтичних дій;

підходи, засновані на самоконтролі, можна привертати до інтервенції при проблемах дуже особистої (інтимною) природи;

підходи, засновані на самоконтролі, можуть бути продуктивними методами в сфері, з одного боку, первинної профілактики, і з іншої - профілактики рецидивів;

стратегії самоконтролю можуть застосовуватися самим клієнтом в природних ситуаціях і тим самим сприяти ефективності терапевтичних методів, а значить, приносити користь і пацієнтам, і суспільству.

Когнітивна терапія А.Т. Бека. На думку Бека, причину депресивних розладів в першу чергу слід бачити в порушенні патерну когнітивної переробки. Депресивна людина невірно переробляє важливий досвід: все визначається тим, що вона дізнається про самого себе, своє оточення і своє майбутньому (відповідає когнітивній тріаді). Різні помилки мислення А.Т. Бек відносить також до різних категорій (наприклад, виборча абстракція, довільні висновки, надмірні узагальнення і т.д.). А.Т. Бек проте відзначає, що діагностика проблемного патерну мислення у пацієнта може відбуватися тільки на основі індивідуального аналізу.

Інтервенція застосовується в декількох площинах, що має на меті наочно продемонструвати пацієнтові помилки в його сприйнятті і відповідно помилкові висновки, з тим щоб він змінив їх; таким чином, аналіз і ідентифікація проблемного патерну мислення - це тільки один крок на шляху до реалістичнішого погляду пацієнта на світ. Для переконання пацієнта А.Т. Бек звертається також до конкретного досвіду, без чого навряд чи вдалося б когнітивне переструктурування (наприклад, доручення справитися з невеликими завданнями, завдяки чому пацієнт набуває знову-таки конкретного досвіду, що він в змозі сформувати і змінити свій навколишній світ).

У минуле десятиліття підхід А.Т. Бека викликав безліч емпіричних досліджень, які принципово підкреслюють його придатність. Представники когнітивної терапії по А.Т. Беку продовжують пропагувати структуроване застосування цього підходу при психічних розладах крім депресивної проблематики. Спеціальне застосування когнітивної терапії показане при особистісних розладах, яким останніми роками приділяється багато уваги. Тут йдеться не стільки про зміну конкретних чинів поведінки, скільки про модифікацію основоположного патерну мислення і інтеракції.

Тренінг вирішення проблем. Тренінгами вирішення проблем для психічних розладів більше всього займалися Дзурілла і Голдфрід. У цьому підході апелюють до того факту, що пацієнти з психічними порушеннями виявляють меншу здібність до вирішення когнітивних і міжособових проблем. При цьому було природним звернутися до міркувань, відомих із загальної і когнітивної психології, де багато досліджувалися приватні компоненти ефективного вирішення проблем. Тренінг окремих етапів вирішення проблем:

) загальна орієнтація;

) опис проблеми;

) висунення альтернатив;

) ухвалення рішення;

) оцінка - повинна не тільки допомогти клієнтові виробити або змінити окремі способи поведінки, але і навчити його різним стратегіям, які були б застосовні для вирішення широкої сфери проблем [28].

Тим часом моделі вирішення проблем - і як приватні компоненти терапевтичної програми, і у вигляді якоїсь метамоделі терапевтичного процесу - відносяться до стандартного репертуару дій в поведінковій терапії. Правда, правомірність перенесення моделі вирішення проблем на емоційні і психічні проблеми теж піддається критиці в тому сенсі, що психічні розлади якраз не можна аналізувати так само, як академічні проблеми. Тренінг вирішення проблем застосовується різнопланово: і як складова частина терапії при різних розладах, і спеціально - при міжособових проблемах (делінквентності, соціальній невпевненості, а також при залежностях). У цьому сенсі оцінка тренінгу вирішення проблем довела його високу ефективність.

**Висновки**

1. Гіпертонічна хвороба - хронічна хвороба, що характеризується постійним або майже постійним підвищенням артеріального тиску. Підвищення артеріального тиску при гіпертонічній хворобі не є наслідком захворювання нирок, надниркових, щитовидної залози та ін., а обумовлено порушенням регуляції кров'яного тиску.

2. Психічні порушення, пов'язані з ГХ, можуть приводити до труднощів у взаєминах з оточуючими і до конфліктів, які також викликають її загострення. Зміни психіки призводять до того, що емоційні реакції стають малорухливими, з'являється схильність до «застрявання» на неприємних переживаннях, які, у свою чергу, створюють умови для підвищення артеріального тиску. Таким чином, формується характерний для психосоматичних захворювань порочне коло: психічні порушення ведуть до виникнення соматичних розладів, які ускладнюють і обважнюють психічні порушення.

3. На ранній стадії розвитку хвороби, коли діагноз ще не поставлений і підвищення артеріального тиску не виявлене, можуть спостерігатися астенічні симптоми (дратівливість, порушення сну, швидша стомлюваність, головні болі), на які хворий нерідко не звертає уваги, але зазвичай згадує про них після виявлення у нього підвищеного артеріального тиску.

4. У дослідженні взяли участь 24 мешканців м. Кам’янець-Подільського у віці від 38 до 69 років - відвідувачі кардіологічного відділення міської лікарні №1. Нами були використані методики: «Причини емоційного дискомфорту»; «Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів». У людей з гіпертонічною хворобою найбільший неспокій викликають фізична недуга (який-небудь розлад організму, тілесний дефект); турбота про своє здоров'я (в цілому); турбота про стан здоров'я кого-небудь з членів сім'ї; ціни, що ростуть (зокрема, на медикаменти). Найменше вони турбуються про проблеми з батьками; проблеми з підлеглими; проблеми в спілкуванні із співробітниками (колегами) на роботі; зіткнення з начальством; неспокій про надійність місця роботи; проблеми з місцем роботи через своєю статеву приналежність; незадоволеність своєю роботою; роздуму про сенс життя; труднощі у виборі життєвого шляху; сексуальні проблеми; тощо.

5. За результатами експериментального дослідження, за допомогою методики «Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів» було встановлено, що у людей із гіпертонічною хворобою хворобливий характер виявлений за шкалами: невротичної депресії (40%), астенії (40%), вегетативних порушень (60%), істеричного типу реагування (20%), обсесивно-фобічних порушень (40%).

6. Для підтримуючого лікування рекомендується раннє залучення соціального поля, не директивне відношення психотерапевта до хворого, не активуюче конфлікт агресивності /залежності, активне повідомлення психотерапевтом інформації, посилення власної відповідальності і самостійності, а також самосприйняття (наприклад, за рахунок самостійного вимірювання тиску). Психотерапевтичне лікування є доцільним і показаним лише тоді, коли хворий має відповідний рівень страждання.

. Аутогенне тренування допомагає контролювати психічні процеси, створює необхідний емоційний фон. За допомогою самонавіювання можна зняти зайве хвилювання у хворих на гіпертонічну хворобу при надзвичайної емоційної нестійкості, порушення сну. Крім того, аутотренінг є ефективним методом лікування стресових станів, доступним практично кожній людині. Релаксація і поведінкові методи добре себе зарекомендували як засіб підтримки медикаментозної терапії, оскільки таким чином вдається суттєво знизити дози ліків. Отже, гіпотеза підтвердилась.

**Список джерел**

гіпертонічний хвороба артеріальний невротичний

1. Бокарев И.Н. Эссенциальная гипертония или гипертоническая болезнь? Проблемы классифицирования // Клиническая медицина. - 1997. - №6. - С. 56-60.

2. Воронов М. Психосоматика: Практическое руководство. - К.: Ника-Центр, 2004. - 256 с.

. Внутрішні хвороби. Комарова Ф.І. - М., Медицина, 1990. - 460 с.

. Внутрішні хвороби. Латогуз І.К. - Харків, 1994. - 532 с.

. Внутренние болезни: Учебник для мединститутов / Под ред. проф. Г.И. Бурчинского. - 2-е изд. - Киев: Вища школа. - 1981. - 768 с.

. Гогин Е.Е., Сененко А.Н., Тюрин Е.И. Артериальные гипертензии. - Л.: Медицина, 1978. - 272 с.

. Гройсман А.Л. Клиническая психология психосоматика и психопрофилактика. - М.: МАГИСТР-ПРЕСС, 2002. - 452 с.

. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. - Л.: Медицина, 1981. - 216 с.

. Заноздра Н.С., Крищук А.А. Гипертонические кризы. - К.: Здоров’я, 1987. - 168 с.

10. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб: Питер, 2006. - 960 с.

11. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. - СПб.: Питер, 2002. - 1312 с.

. Кречмер Э. Медицинская психология. Пер. с нем. / Изд. подгот. Вал. А. Леков. - СПб.: Союз, 1998. - 464 с.

. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии. - Л.: Медицина, 1983. - 288 с.

. Лакосина Н.Д., Сергеев И.И., Панкова О.Ф. Клиническая психология. - М.: «МЕДпресс-информ», 2005. - 416 с.

15. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. - Ленинград: «Медицина», 1966. - 430 с.

. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Гофманн К. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М.: «МЕДпрес-информ», 2005. - 432 с.

. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Гофманн К. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря. - К.: «АДЕФ-Україна», 1997. - 328 с.

18. Лікування хвороб серця і судин. Малая Л.Т. - Харків, ВШ, 1982. - 386 с.

. Лікарські засоби. Машковський М.Д. - М., Медицина, 1984. - 286 с.

20. Лікування хвороб внутрішніх органів. Окостів А.Н. - Вітебськ Белмедкніга, 1998. - 316 с.

21. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник. - М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003. - 928 с.

. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М.: «МЕДпрес-информ», 2005. - 432 с.

. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. - М.: МЕДпресс-информ, 2002. - 608 с.

. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику.-М, 1987. - 168 с.

25. Патология: Руководство / Под ред. М.А. Пальцева, В.С. Паукова, Э.Г. Улумбекова. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2002. - 960 с.

26. Патологическая физиология. Под ред. А.Д. Адо и В.В. Новицкого. - Томск, Издание Томского университета. 1994. - 468 с.

27. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г.К. Розе, Э. Вульф / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л. Гушанского. - М.: Алетейа, 1999. - 504 с.

28. Психологічна енциклопедія / Автор-упорядник О.М. Степанов. - К.: «Академвидав», 2006. - 424 с.

. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря. - К.: «АДЕФ-Україна», 1997. - 328 с.

30. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб.: ЗАО «Питер», 1999. - 752 с.

. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. - Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2000. - 672 с.

32. Ратнер Н.А. Артериальные гипертонии. - М.: Медицина, 1974. - С. 79-128.

33. Руководство по общей патологии. Под ред. Н.К. Хитрова, Д.С. Саркисова, М.А. Пальцева. - М.: «Медицина», 1999. - 728 с.

. Сагалович Б.М. Лекции по общей патологи. - М.: Просвещение. - 1970. - 262 с.

35. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. - М.: Екатеринбург: Деловая книга, 2000. - 381 с.

. Струков А.І., Сєров В.В. Патологічна анатомія: Підручник / Пер. з рос. 4-го вид., стереотипна. - Х.: Факт, 2000. - 864 с.

. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. - Л.: Медицина, 1984. - 192 с.