

Сибирский государственный
медицинский университет

СБОРНИК ТРУДОВ

по материалам научно-практической
конференции студентов и
молодых ученых

**"СТРЕСС, ЭМОЦИИ И ПАТОЛОГИЯ:
БИПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД"**

20 февраля 2006г.
г. Томск

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ**
Государственное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Сборник трудов по материалам конференции

**«Стресс, эмоции и патология:
биопсихосоциальный подход»**

г. Томск, 20 февраля 2006 г.

Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2006

УДК 616.89-008.10
ББК Р645.093
С 846

Стресс, эмоции и патология: биопсихосоциальный подход: Сб. трудов по материалам конф. – Томск, Сибирский государственный медицинский университет, 2006. – 55 с.

В сборнике трудов конференции «Стресс, эмоции и патология: биопсихосоциальный подход» представлены публикации студентов, молодых ученых и известных специалистов, освещающие широкий круг вопросов связи стресса, нарушений эмоциональной сферы с соматическими заболеваниями и психическими расстройствами. Роль стрессов в современном обществе увеличивается в связи с процессами урбанизации, что повышает уровень психоэмоционального напряжения людей. Доказана связь этих факторов с возникновением и особенностями течения различных заболеваний, их прогнозом. Данная проблема актуальна для широкого круга специалистов, работающих с людьми.

Сборник адресован студентам и молодым ученым, выбравшим медицинские или психологические специальности, практикующим врачам, психологам, социальным работникам и педагогам.

Редакционный совет:

академик РАМН проф. В.В. Новицкий
проф. Л.М. Огородова
проф. А.И. Венгеровский
проф. Г.Э. Черногорюк
проф. Н.А. Корнетов
доцент А.Н. Корнетов

Сборник трудов конференции издан при поддержке фармацевтической группы «Сервье»



Выражаем благодарность лаборатории оперативной полиграфии СибГМУ в лице Е.Ф. Рыжковой.

© Сибирский государственный медицинский университет, 2006
© Совет СНО СибГМУ, 2006

АСТЕНИЧЕСКАЯ ПРИРОДА ПСИХИЧЕСКОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Я.В. Варлакова, К.С. Карташова

Красноярский государственный университет, г. Красноярск

В настоящее время определено значение психической ригидности при патологии человека, которая снижает уровень личности, делает поведение иррациональным. Актуально исследование природы биологических, психофизиологических механизмов, наиболее значимых для формирования ригидности того или иного вида, определение коррелят, которые в дальнейшем могли бы послужить объектами лечения больных [1].

Цель работы

Комплексное исследование астенической природы психической ригидности при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Материал и методы

Исследование, в котором приняли участие 35 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в возрасте от 40 до 65 лет, проводилось в Красноярской железнодорожной больнице, в кардиологическом отделении.

Использовались методы диагностики, позволяющие определить количественные и качественные проявления ригидности и слабости (астении) в организме человека: Томский опросник ригидности (ТОРЗ); Опросник «Уровень невротической астении» [2]; метод динамической межполушарной омегаметрии для диагностики медленных электрических процессов омега-потенциала полушарий головного мозга [3]; метод измерения variability сердечного ритма, который позволяет оценивать деятельность вегетативной нервной системы и соотношение симпатических, парасимпатических и центральных мозговых влияний на ритм сердца [4].

Результаты и обсуждение

Усредненные результаты ТОРЗ указывают на высокий уровень психической ригидности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. При этом у больных преобладает сенситивная ригидность (88 %), ригидность как состояние и симптомокомплекс ригидности (66 %), преморбидная ригидность (57 %). По этим шкалам обнаружена как высокая интенсивность, так и экстенсивность показателей.

По результатам методики УНА средний уровень невротической астении у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями равен 47 %, что указывает на значительную роль фактора нервно-психической слабости в дезадаптации этих больных.

По данным омегаметрии у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями обнаружилось отклонение потенциала в сторону гиперстении или гипостении. При этом выявлена высокая межполушарная асимметрия (в среднем 16,5 мВ при норме в 5–7 мВ). Необходимо отметить, что показатели потенциала правого полушария у больных чаще свидетельствовали как о перенапряжении, так и об истощении. Последняя тенденция фиксировалась только по правому

полушарию и косвенно свидетельствовала о том, что правое полушарие у этих больных более подвержено стрессу, ригидно, а его функции менее развиты.

По данным кардиоритмографии у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями обнаружено преобладание двух видов вегетативной активности – либо доминирование в спектре медленных волн второго порядка, находящихся под контролем центральных мозговых структур и выдающих перенапряжение сердечной деятельности: либо доминирование дыхательных волн, отвечающих за парасимпатическую активность и тормозные влияния на ритм сердца. Отмечено снижение медленных волн первого порядка, отвечающих за симпатическую активность.

По результатам исследования прослеживается два типа корреляций между ригидностью, астенией и показателями нервной системы. Во-первых, функциональная патология (гиперстения или гипостения) правого полушария всегда обуславливала чувствительную ригидность и ригидность как состояние, повышение актуальной ригидности, проявляясь в увеличении ее интенсивности, особенно в случае гиперстении, что в подавляющем большинстве случаев сопровождалось повышением невротической астении.

Дефицитарность функциогенеза структур правого полушария обуславливает нарушение энергетического обеспечения психической деятельности, относительную легкость возникновения и выраженность вегетативного компонента тревожных реакций (невротическую астению), обеднение эмоционального компонента психики, затруднение понимания и структуризации социальной информации. Ощущение угрозы социальной дезадаптации переносится с межличностных отношений на процессы, происходящие в организме – тревога соматизируется, а поглощенность внимания собственными соматическими процессами приводит к высокой резистентности, ригидности поведения по отношению к внешним воздействиям. Такой тип расстройства обозначен нами как стволовая ригидность. Частота встречаемости такого типа ригидности у сердечных больных доказывает необходимость перестройки их лечения с точки зрения регуляции процессов, связанных с правым полушарием: коррекции клеточного иммунитета, восстановления симпатической активности, регуляции чувствительности, эмоций и т.д.

Во-вторых, при отсутствии астенических проявлений по данным УНД, при гиперстении левого полушария по данным омегаметрии, при повышении экстенсивности и интенсивности общих и когнитивных показателей ригидности по данным ТОРЗ (СКР и УР) наблюдается повышенная устойчивость аффективно насыщенных переживаний и возникновение на этой основе труднокорректируемых концепций. Срыв регуляторных механизмов, очевидно, происходит в социальных ситуациях, блокирующих возможность привычного типа поведения (ригидных схем), и приводит к фиксации неотреагированного аффекта. Этот тип расстройства обозначен нами как лобная ригидность.

В нейрофизиологическом аспекте ригидность и астения коррелировали следующим образом. Гиперстения мозга провоцирует повышение ригидности и увеличение невротической астении, сопровождается напряжением работы вегетативной нервной системы – доминированием волн $M_{\beta 2}$ в сердечном ритме.

Подтвержденная нами роль гиперстении мозга в ригидизации психики больных согласуется с утверждением В.А. Илюхиной о том, что уровень омега-потенциала выше 40 мВ отражает нарушения адаптивных перестроек в поведении, затруднения в обучении, вязкость, гиперустойчивость реакций, снижение лабильности первичных процессов [5].

Гипостения мозга создавала условия для лабильности первичных процессов психики, торможения (экономии энергии) в организме – дыхательных волн сердечного ритма, и соответственно, доминирования левого полушария, функций контроля и, следовательно, снижения психических проявлений невротической астении и ригидности, которая в редких случаях проявления не выходила за пределы эмоций (СР) и состояния (СКР).

Выводы

Невротическая астения является фактором, усугубляющим интенсивность и экстенсивность психической ригидности. Вследствии этого причина ригидности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями определяет необходимость посредством поведенческой стереотипии компенсировать внутренний дискомфорт, связанный с астенизацией, перенапряжением у них НС, вызванной врожденными и приобретенными психофизиологическими стереотипами «сгорания» в стрессовых ситуациях. Таким образом, ригидность является одним из базовых факторов, усугубляющих дезадаптацию личности и приводящих к заболеванию, в частности к ИБС.

Литература:

1. Залевский, Г. В. Психическая ригидность в норме и патологии / Г. В. Залевский. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1993. – 272 с.
2. Шкала для психологической диагностики уровня невротической астении (УНА) / Л. И. Вассерман, А. Я. Вукс, Б. В. Иовлев и др. – СПб. : Психоневролог. Ин-т им. В. М. Бехтерева, 1999. – 20 с.
3. Физиологические корреляты состояний и деятельности в центральной нервной системе / П. П. Бехтерева, П. В. Бундзен, Ю. А. Гоголицын и др // Физиология человека. – 1980. – № 6. – С. 877-892
4. Баевский, Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р. М. Баевский – М. : Наука, – 1979. – 296 с.
5. Илюхина, В. А. Сверхмедленные процессы головного мозга человека в изучении функциональных состояний, организации психической и двигательной деятельности : Дис. ... д-ра мед. наук / В. А. Илюхина. – Л., 1982. – 542 с.