



ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

ЗНАЧЕНИЕ ОБЩИХ И СПЕЦИФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ

УДК 615. 851

Колов С.А.

ГУЗ «Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн»

Аннотация

В статье приведены данные сравнительного исследования терапии средой (милье-терапии) и модифицированного варианта личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Выявлен разный спектр действия этих методов, первый уменьшает психопатологическую симптоматику, второй изменяет патологические личностные конструкты, такие как деструктивная агрессия, нарциссизм, тревожность. Отмечена необходимость комплексного, многомодального, биопсихосоциального подхода для эффективного лечения и реабилитации ветеранов боевых действий.

Введение

Лечение и реабилитация ветеранов боевых действий (ВБД) составляют серьезную проблему для современной медицины, категория комбатантов признается «неудобной» для терапии [1]. Несмотря на то, что в литературе описано большое количество психологических методов лечения, ни один из них не охватывает всей совокупности боевого посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), а тем более всей проблемы лечения и реабилитации ветеранов боевых действий. Наиболее часто применяемые когнитивно-поведенческие и психодинамические методы психотерапии действуют на разные симптомы, имеют свои специфические цели-«мишени» и, значит, разные показания. Например, наиболее популярные в зарубежных исследованиях различные модификации поведенческой психотерапии показали свою эффективность (на основе рандомизированных методов исследования) для преодоления избегающего поведения, а также для снижения интенсивности флэшбэков и сверхвозбуждения, при этом продемонстрировав свою ограниченность для снятия таких симптомов, как эмоциональная глухота и приглушение, отчужденность, отгороженность, уплощенность аффекта (т.е. на так называемые «минус»-симптомы), не оказывали они также существенного влияния на импульсивность и контроль за гневом [2]. Существует точка зрения, что поведенческая психотерапия неэффективна для пациентов, которые нанесли своими действиями кому-либо вред, т.е. в тех случаях, когда доминирующей эмоцией является чувство вины [3]. Напротив, специалисты психодинамического направления предлагают свои технологии как основной метод лечения для именно для одиночества, вины и беспомощности, которые являются характерной особенностью психического статуса ВБД [4]. Не выявлены также преимущества какого-либо вида психотерапии перед остальными в лечении ПТСР, в том числе связанного с войной [5]. Некоторыми исследователями был сделан вывод, что для этого контингента психотерапевтическое лечение было менее эффективно по сравнению с людьми, не участвовавшими в боевых действиях [6]. Однако и стандартная психофармакотерапия оказывается малоэффективной.

Необходимо отметить, что практически все исследователи при лечении ВБД опираются на концепцию ПТСР и эффективность психотерапевтических техник определяют лишь на основании данных о редукции симптомов этого расстройства. При этом ими не учитывается мнение многих клиницистов, считающих существующую модель ПТСР крайне ограниченной и приводящей к потере важ-

ной клинической информации у ВБД [7] и, как следствие, недостаточному и неполному их лечению. Так, например, не оценивается степень личностной патологии ВБД, тогда как отечественные психиатры традиционно видят основу хронических последствий боевой психической травмы именно в их характерной личностной трансформации вплоть до формирования «комбатантной» психопатии [8]. При выборе стратегии и тактики реабилитации не учитывается полимодальность влияние боевого стресса, который затрагивает все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия) [7]. Фактически, описанные в литературе психотерапевтические подходы к лечению ВБД носят симптоматический и крайне ограниченный характер, что значительно снижает их эффективность. Современные теоретические и практические исследования требуют применения в терапии и реабилитации комбатантов комплексного, биопсихосоциального подхода.

Целью данного исследования было в рамках многоцелевой программы изучения биопсихосоциальной модели реабилитации ВБД в отдаленном периоде боевой психической травмы оценить у них динамику психопатологических и личностных симптомов в процессе применения отдельных компонентов такого подхода – модифицированной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии и милье-терапии.

Материалы и методы

Было с их добровольного согласия обследовано 594 комбатанта, принимавших участие в боевых действиях в Афганистане и Чеченской Республике. Из них была выделена группа из 329 ВБД (средний возраст 38,56 ± 9,09), находившихся на лечении в Волгоградском областном клиническом госпитале ветеранов войн. Для реализации поставленных целей участники исследования были разделены на 3 группы:

1-я группа – 209 комбатантов, лечившихся в психотерапевтическом отделении (ПТО) Волгоградского госпиталя ветеранов (средний возраст – 39,29±8,71, M±SD), подвергавшихся в основном неспецифическим факторам психотерапии;

2-я – 90 комбатантов (средний возраст – 39,74±8,99), находившихся на лечении в других отделениях госпиталя (терапевтические, неврологическое, хирургическое), которые составили контрольную группу;

3-я – 30 ВБД ПТО (40,77 ± 9,27), получавших специфические методы психотерапевтического воздействия.

В биопсихосоциальном комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов всех групп применялись фармакотерапия и физиолечение. Средний срок госпитализации пациентов в трех группах составил 30 дней. 1-я группа в отличие от 2-й находилась в условиях терапевтической среды (milieu-therapy), разработанной нами для этого контингента [9], при которой, в основном, действуют неспецифические, общие факторы психотерапии: наличие интенсивной социальной поддержки внутри отделения, установление терапевтических отношений и четких границ взаимодействия, структурирование госпитализации, проведение определенных терапевтических ритуалов и т.д. 3-я группа в отличие от 1-й и 2-й проходила

дополнительно курс модифицированной нами групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, где действовали уже специфические факторы психотерапии. Эта методика была адаптирована и направлена на присутствие только ВБД патологические паттерны поведения, где целями мишенями явились их личностные трансформации: деструктивные агрессивность, тревога и нарциссизм. В среднем каждый пациент 3-й группы участвовал в 12 сессиях.

В исследование не включались пациенты с наличием каких-либо нарушений психосоциального функционирования в довоенном периоде своей жизни, с психоорганическим синдромом или деменцией, а также с серьезными нестабильными соматоневрологическими заболеваниями.

При реализации поставленных планов нами учитывались современные требования к психотерапевтическим исследованиям, которые требуют для вынесения суждения о действенности применяемых методов оценивать изменения, ориентируясь на разные формальные критерии [10, 11]. Прежде всего, использовался параметр статистической значимости изменений, как критерий действительности в различных гомогенных группах, подвергавшихся разным видам воздействия. Одновременно с этим проводилось определение клинической значимости изменения, т.е. насколько исходные данные приблизились к области нормы, для этого использовали показатель разницы (динамику) психопатологических и личностных факторов до и после терапии. Кроме этого установили спектр изменения, а именно целевую клиническую симптоматику и личностные характеристики, т.к. терапевтические методы могут быть разными по спектру действия. (Карвасарский.)

В исследовании использовались клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы исследования. Был применен «Я»-структурный тест» (ISTA), направленный на определение личностных функций, разработанный на основе концепции динамической психиатрии G. Ammon. Методика учитывает не только манифестно морбидные (деструктивные) параметры Эго-функций, но и здоровые, адаптивные (или конструктивные), а также функции патологически не деформированные, но задержанные в своем развитии, т.е. дефицитарные [12]. Использовался также опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, не связанный с определенным теоретическим психотерапевтическим направлением, результаты которого отражают симптоматическую конфигурацию обследуемого по 9 клиническим параметрам, а также разграничивают симптомы невротического и психотического регистров [13].

Анализ данных проводился с помощью стандартного пакета статистических программ SPSS-17, достоверность различий оценивалась с помощью критерия Манна-Уитни. Поскольку первичные данные в группах по выраженности психопатологической симптоматики были различными, то для адекватной оценки результатов лечения мы использовали разницу между средними исходными показателями после ($M_{пр}$) и до ($M_{ит}$) лечения по каждой шкале ($\Delta_{M_{пр}-M_{ит}}$) с определением достоверности различия между этими динамическими величинами. Именно динамика (величина) изменения отдельного фактора в наибольшей степени отражает действие применяемых методик, а не абсолютные цифры.

Результаты и их обсуждение

Как видно из рис.1 в целом ВБД находившихся на лечении в ПТО (1-я и 3-я группы), имели более высокие показатели психопатологической симптоматики по сравнению с комбатантами 2-й группы, особенно по шкалам «Обсессивности-компульсивности» ($1>2$, $p=0,001$, $P<0,001$, $3>2$, НЗ), «Депрессии» ($1>2$, $p=0,01$, $P<0,01$, $3>2$, $p=0,04$, $P<0,05$), «Тревоги» ($1>2$, $p=0,01$, $P<0,01$, $3>2$, $p=0,004$, $P<0,001$), «Агрессивности» ($1>2$, $p=0,001$, $P<0,001$, $3>2$, $p=0,0000$, $P<0,0001$), «Паранояльности» ($1>2$, $p=0,02$, $P<0,05$, $3>2$, НЗ), «Общий индекс выраженности симптоматики» ($1>2$, $p=0,001$, $P<0,001$, $3>2$, $p=0,02$, $P<0,05$). По остальным параметрам различия не были статистически достоверны.

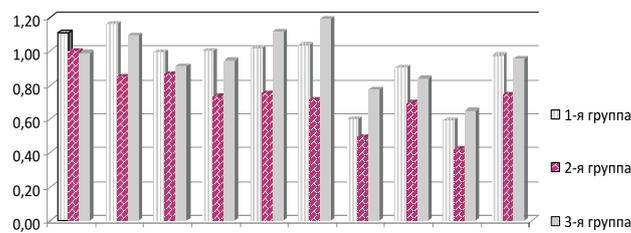


Рис. 1. Профили психопатологических симптомов у ВБД до лечения по шкале SCL-90-R.

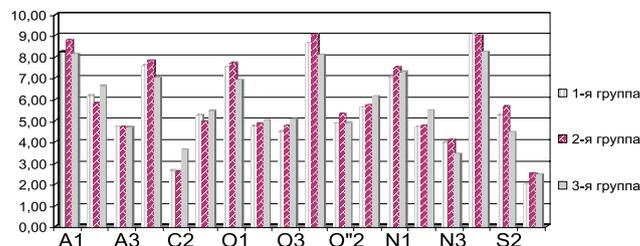


Рис 2. Личностные трансформации у ВБД до лечения по тесту ISTA.

Как видно из приведенного рис.2 личностные профили комбатантов до лечения в целом практически не отличались друг от друга. В целом общий профиль личности ВБД всех групп характеризуется «конструктивным дефицитом» практически по всем центральным Я – функциям с одновременным повышением деструктивно-дефицитарных шкал, что говорит о наличии характерологической патологии у комбатантов и их выраженной дизадаптации [14].

После проведенного лечения были получены следующие результаты.

Табл. 1. Сравнение разницы психопатологических показателей (динамики) до и после лечения ($\Delta_{M_{пр}-M_{ит}}$), балл

	$\Delta_{M_{пр}-M_{ит}}$			p <		
	1-я	2-я	3-я	1-2	1-3	2-3
SOM	-0,34	-0,09	-0,23	0,001	0,0001	0,001
O-C	-0,34	-0,03	-0,16	0,0001	0,0001	0,01
INT	-0,28	-0,06	-0,14	0,05	0,0001	0,05
DEP	-0,31	-0,004	-0,25	0,0001	0,0001	0,001
ANX	-0,36	-0,02	-0,22	0,0001	0,0001	0,05
HOS	-0,36	+0,07	-0,54	0,0001	0,0001	0,0001
PHOB	-0,19	-0,12	-0,26	НЗ	0,0001	0,0001
PAR	-0,21	+0,12	-0,20	0,001	0,001	НЗ
PSY	-0,21	+0,03	-0,18	0,001	0,0001	0,05
GSI	-0,31	-0,03	-0,25	0,0001	0,0001	0,0001

* $M_{т}$ – средний показатель по шкале до лечения (тест), $M_{р}$ – средний показатель после лечения (ретест)
Примечание. SOM – Соматизация; O-C – Обсессивность-компульсивность; INT – Межличностная тревожность; DEP – Депрессивность; ANX – Тревожность; HOS – Враждебность; PHOB – Фобии; PAR – Паранояльность; PSY – Психотизм; GSI – общий индекс выраженности симптоматики.

Таким образом, как видно из приведенных данных неспецифические психотерапевтические факторы, связанные с отношением к больному заметным образом влияют на снижение психопатологической симптоматики по сравнению с контрольной группой. Особенно выраженные улучшения, снижение проявления психопатологии в 1-й группе по сравнению со 2-й отмечалось по шкалам «Соматизации», «Депрессии», «Тревоги» и «Враждебности-агрессивности» психопатологические признаки связаны с человеческими взаимоотношениями. В условиях помогающей среды у ВБД отпала необходимость в проявлении открытой враждебности к окружающим людям, в косвенной защитной коммуникации с помощью соматических симптомов, снизилась тревога из-за появления чувства безо-

пасности. Во 2-й группе уровень выраженности симптомов по этим показателям изменился не столь значительно, а по шкале «Враждебности-агрессивности», «Паранояльности-подозрительности», «Психотизма» несколько увеличился. Это может быть связано с тем, что персонал других отделений не учитывал специфические клинические и личностные особенности данного контингента больных. При этом терапия средой не оказала существенного действия на дисгармоничную личностную структуру ВБД, что отражено в табл.2.

Табл. 2. Сравнение разницы показателей центральных Я-функций (динамики) до и после лечения ($\Delta Mr-Mt$), балл

	$(\Delta Mr-Mt)$			$p <$		
	1-я	2-я	3-я	1-2	1-3	2-3
A1	- 0,28	- 0,12	1,20	H3	0,001	0,05
A2	0,40	0,27	- 0,80	H3	0,01	0,05
A3	0,27	0,13	- 0,80	H3	H3	H3
C1	- 0,33	- 0,11	1,23	H3	0,001	0,05
C2	0,16	- 0,27	- 0,07	H3	H3	H3
C3	0,04	- 0,28	- 0,07	H3	H3	H3
O1	- 0,19	- 0,09	0,97	H3	0,001	0,01
O2	0,19	- 0,07	- 0,30	H3	H3	H3
O3	0,32	0,29	- 0,53	H3	H3	H3
O'1	- 0,18	- 0,16	0,57	H3	0,05	H3
O'2	0,05	0,07	- 0,30	H3	H3	H3
O'3	0,47	0,11	- 1,57	H3	0,001	0,001
N1	- 0,09	- 0,20	0,80	H3	0,05	УТ
N2	0,20	- 0,36	- 1,40	H3	0,001	0,05
N3	0,12	- 0,34	- 0,63	H3	УТ	H3
Sex1	- 0,01	0,01	0,70	H3		0,05
Sex2	- 0,12	0,19	0,80	H3	H3	H3
Sex3	- 0,07	- 0,20	- 0,33	H3	H3	H3

*Mt – средний показатель по шкале до лечения (тест), Mr – средний показатель после лечения (ретест)

Примечание. A1 – конструктивная агрессивность; A2 – деструктивная агрессивность; A3 – дефицитарная агрессивность; C1 – конструктивная тревога; C2 – деструктивная тревога; C3 – дефицитарная тревога; O1 – конструктивное внешнее Я-отграничение; O2 – деструктивное внешнее Я-отграничение; O3 – дефицитарное внешнее Я-отграничение; O'1 – конструктивное внутреннее Я-отграничение; O'2 – деструктивное внутреннее Я-отграничение; O'3 – дефицитарное внутреннее Я-отграничение; N1 – конструктивный нарциссизм; N2 – деструктивный нарциссизм; N3 – дефицитарный нарциссизм; Sex1 – конструктивная сексуальность; Sex2 – деструктивная сексуальность; Sex3 – дефицитарная сексуальность.

Как видно в результате применения модифицированного варианта личностно-ориентированной (реконструктивно) групповой психотерапии в 3-й группе достоверно увеличились уровни конструктивных проявлений: агрессии, тревоги, внешнего я отграничения, нарциссизма, сексуальности, тогда как в 1-й и 2-й группах эти показатели несколько снизились. У этих же ВБД достоверно уменьшились по сравнению с комбатантами в других группах деструктивные шкалы агрессии и нарциссизма, а также одна дефицитарная позиция – внутреннего Я-отграничения. Таким образом, применявшиеся в групповой психотерапии

интервенции, специфические факторы психотерапии, направленные на улучшение коммуникации, со стимулированием инициативы, настойчивости, конструктивной дискуссии, адекватного эмоционального самовыражения и т.п., привели к тому, что изменились не только конструктивные центральные Я-функции, но и более глубокие проблемы, связанные с деструктивной и дефицитарными составляющими субъекта. ВБД из 3-й группы по сравнению с 1-й и 2-й стали в большей степени способны к проведению продуктивного диалога и дискуссии, у них появились необходимые навыки в разрешении конфликтов, поэтому они стали вступать в конфронтации без проявления враждебности и деструктивных (разрушительных) поступков, могущих нанести вред окружающим или им самим (об этом свидетельствует уменьшение значений шкалы деструктивной агрессии). Терапевтическая работа с переживаниями и поведением, с постепенным принятием и закреплением позитивной активности привела к появлению потребности в изменении жизненных условий, формированию собственных личностно-значимых целей. У комбатантов 3-й группы после лечения возрос контроль над своим состоянием и поведением, заметно снизилась импульсивность и непредсказуемость поступков. Они стали более гибко использовать механизмы психической защиты, более адекватно воспринимать как собственные чувства и потребности, так и эмоции и потребности окружающих. Достоверный рост шкалы конструктивного нарциссизма иллюстрирует рост самооценки ВБД, ослабление их зависимости от окружающих, налаживание возможности устанавливать и поддерживать межличностные контакты и отношения без ущерба своим интересам. В поведении это выражалось сформированной способностью принимать критику без угрозы для собственной личности, они перестали относиться к окружающим их людям, особенно близким, враждебно. Уменьшение дефицитарной составляющей прогностически благоприятно и свидетельствует о более глубоком воздействии на значимые личностные параметры комбатантов. Это представляется важным, так как отражает положительные изменения на базовом уровне функционирования «Я» комбатантов 3-й группы. У них в большей степени увеличилась эмоциональная насыщенность конструктивного межличностного общения, усилилась целенаправленность поведения, появилась большая настойчивость в достижении поставленных целей. В этой же группе отмечалась большая редукция психопродуктивной симптоматики и усиление контроля над своим состоянием и поведением.

Заключение.

Таким образом, полученные результаты показали, что различные методы и факторы психотерапии воздействуют на различные уровни нарушений у ВБД. Милье-терапия оказывается отчетливое положительное действие на клинические симптомы, уменьшая как психопатологические, так и соматизированные проявления у ВБД. Специфические личностно-ориентированные и адаптированные под особенности комбатантов методы психотерапии достоверно лучше воздействуют на Я-структуры и улучшают психосоциальные параметры индивидуального стиля ВБД. Улучшение Эго-функций тесно связано не только с дисфункциональным поведением, но и клинически значимой симптоматикой, которая также имеет отчетливую положительную динамику под воздействием специфических психотерапевтических факторов. Исследование также подтвердило необходимость применения комплексных, биопсихосоциальных подходов в лечении и реабилитации ВБД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников М.М. Психическая травма. – СПб., 2006. – 322 с.
2. Turner S.M., Beidel D.C., Frueh B.C. Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder: trauma management therapy// Behav. Modif. – 2005. – Vol. 29, № 1. – P. 39 – 69.
3. Pitman R.K., Altman B., Greenwald E. et al. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder // J. Clin. Psychiatry. – 1991. – № 52. – P. 17 – 20.
4. Koller P., Marmar C.R., Kanas N. Psychodynamic group treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans // Int. J. Gr. Psychoth. – 1992. – Vol. 42, № 2. – P. 225 – 246.
5. Bisson J., Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) // Cochrane Database Syst. Rev. – 2005. – Vol. 18, №2. – P. 10 – 21.



6. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фoa, Т.М. Кина, М. Фридмана. – М.: «Когито-Центр», 2005. – 467 с.
7. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
8. Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Синенченко А.Г. Диагностика расстройств личности у военнослужащих // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.Бехтерева. – 2004. – №2 – С.22 – 26.
9. Колов С.А. Интеграция биопсихосоциального подхода в медико-психологическую реабилитацию и психотерапию ветеранов боевых действий // Вестник психотерапии. – 2009. – №29 (34). – С. 17 – 27.
10. Kazdin, A. E., Wilson, G. T. Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence, and research strategies. – Cambridge, MA: Ballinger, 1978. – 424 p.
11. Психотерапия /под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с.
12. Тупицын Ю.Я., Чуркин А.А., Положий Б.С и др. Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: Пособие для психологов и врачей. – СПб., 1998. – 34 с
13. Derogatis L.R. et al. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory // Behavioral Science. – 1974. – Vol. 19. – P. 1 – 15.
14. Ammon G. Psychosomatic illness as a result of a deficit in ego-structure // Psychotherapy-and-Psychosomatic. – 1979. – № 31. – P. 80 – 86.

РЕЗЮМЕ

В статье приведены данные сравнительного исследования терапии средой (милieu-терапии) и модифицированного варианта личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Выявлен разный спектр действия этих методов, первый уменьшает психопатологическую симптоматику, второй изменяет патологические личностные конструкты, такие как деструктивная агрессия, нарциссизм, тревожность. Отмечена необходимость комплексного, многомодального, биопсихосоциального подхода для эффективного лечения и реабилитации ветеранов боевых действий.

Ключевые слова: реабилитация, милieu-терапия, личностно-ориентированная, психотерапия, комбатанты.

ABSTRACT

The article deals with the data of the analysis aimed at comparing milieu-therapy and a modified variant of personality-oriented (reconstructive) psychotherapy. A whole range of outcomes was detected; the first mentioned method reduces psychopathological symptomatology, while the second one modifies pathological personality constructs, such as destructive aggression, narcissism, anxiety. There is an urgent need for applying a complex, multimodal, biopsychosocial approach for effective treatment and rehabilitation of combat veterans.

Keywords: rehabilitation, milieu-therapy, personality-oriented, psychotherapy, combatants.

Контакты

Колов Сергей Александрович

Рабочий адрес: 400138, г. Волгоград, ул. им. Р.Землячки, 82, ГУЗ «Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн», психотерапевтическое отделение, врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, kind20@mail.ru, kolov@zmail.ru

Домашний адрес: 400012, Волгоград, пр-т Маршала Жукова, д.88, кв.4.

Телефон 8-909-381-48-12.

ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

УДК 614

В.Н.Преображенский, д.м.н., профессор зав.кафедрой поликлинической терапии Московского стоматологического института.

Т.В.Беганова, к.м.н. департамент высокотехнологичных видов медицинской помощи Минздравсоцразвития России.

Г.Е.Филиппова, аспирант кафедры поликлинической терапии Московского стоматологического института

Н.Ю.Ковалева, аспирант кафедры поликлинической терапии Московского стоматологического института

Введение

В последние годы доказана роль стрессогенных факторов, имеющий важную роль в формировании артериальной гипертензии (1,2,3)

В 2000-2001 годах произошли существенные изменения в оценке влияния стрессогенных факторов в развитие и течение артериальной гипертензии. Были стандартизованы методологические подходы, созданы надежные валидные психометрические шкалы, начаты длительные проспективные исследования по изучению стресса и влияния психологических факторов на течение сердечно-сосудистых заболеваний(1,2,3) В то же время, у лиц молодого возраста, особенно с лабильной гипертензией, этот вопрос практически не изучен.

В числе приоритетных задач, поставленных Национальным проектом «Здоровье», следует выделить такие, как «проведение комплексной скрининг-диагностики нарушений здоровья и интегральной оценки функционального состояния организма с целью определения функциональных и адаптивных резервов организма, прогноз здоровья и расчет риска развития заболеваний, а также разработка

и реализация индивидуальных программ сохранения здоровья».

С этих позиций применение компьютерных технологий для выявления ранних форм артериальной гипертензии, в том числе в сочетании с другими факторами риска является целесообразным и необходимым(2,3).

Имеются немногочисленные исследования по оценке показателей вегетативной регуляции и воздействия острых стрессогенных факторов в условиях сформировавшейся артериальной гипертензии, в то же время применительно к ранним формам артериальной гипертензии при воздействии хронических стрессогенных факторов с использованием компьютерных технологий работ не проводилось.

Большое значение имеет коррекция психологических нарушений при лабильной АГ у лиц молодого возраста, особенно с применением немедикаментозных методов - вопроса, практически не изученного до настоящего времени, особенно при наличии тревожно-фобических и астено-вегетативных расстройств (2).

Если медикаментозные методы лечения пациентов с АГ изучены достаточно хорошо, то программы медицинской