

## ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИОННОМ СИНДРОМЕ У БЕРЕМЕННЫХ

**Психотерапия у 46 беременных с гипертензионным синдромом приводила к достоверному снижению артериального давления. Рассматриваются возможные механизмы повышенного артериального давления, включающие синдром страха. Успешная адаптация к беременности и нейтрализация страха приводят к нормализации артериального давления.**

*Гипертензивные расстройства у беременных по-прежнему остаются серьезной проблемой, несмотря на многолетние изучения [3,5].*

### **Материал и методы исследования**

Нами в условиях женской консультации проведено обследование и лечение 46 беременных женщин в сроках от 11 до 37 недель с гипертензией в возрасте от 19 до 41 года (28 - первородящие, 18 - повторнородящие). У 13 из них выявлен нейроэндокринный синдром (28%). В структуре гипертензионного синдрома отмечали преобладание синдрома вегетосудистой дистонии, гипертоническая болезнь I-II стадии имела место у 11 человек (24%). Основными симптомами у беременных были раздражительность, нарушение сна, головные боли, запоры, агрессивность, страхи, в том числе страх визита к врачу, боли в низу живота и пояснице. Отмечалось повышение артериального давления, его асимметрия на обеих руках, изменения на глазном дне, сужение артерий сетчатки. Все пациентки получали гипотензивную терапию, включающую папаверин, папазол или клофелин. В качестве группы сравнения брали 106 беременных с угрозой невынашивания, не имевших гипертензии, см. нашу предыдущую публикацию [10].

Опрос на первом занятии у психотерапевта был направлен на выявление мышечных зажимов, и, главным образом постоянного или частого напряжения (втягивания) живота. Важное значение имела разговорная терапия, где пациенту напоминают забытый принцип медицины: в большинстве случаев тело лечит себя само.

Цитировались наблюдения А. Лоуэна: «Многие люди «живут» в своих головах и очень плохо осознают, что происходит ниже шеи... Напряженные области холодны и относительно безжизненны;... это части тела, с которыми потерял контакт» [12]. Для терапевта школы А.Лоуэна напряженный живот - это выражение реакции страха, а боль - проявление перенапряжений в организме. «Анализ неосознаваемых конфликтов, освобождение угнетенных чувств и разрешение перенапряжений мышц и блокировок повышает способность радоваться жизни» [13]. Ранее показано, что при гнев и страхе преобладают симпатические эффекты, а приятные эмоции сопровождаются доминированием парасимпатической активности, которая понижает кровяное давление и частоту сердечных сокращений [1].

В качестве самостоятельной методики на первом занятии проводили обучение глубокому диафрагмальному дыханию, вызывающему релаксацию и уменьшение психоэмоционального напряжения. Беременным внушалось, что нельзя умышленно задерживать дыхание, так как это вызывает повышение артериального давления [1]. На второй и последующей встречах проводили терапию, включающую расслабляющую гимнастику с элементами хатха-йоги и телесно ориентированную психотерапию А. Лоуэна [7, 13]. Осуществляли обязательный контроль артериального давления до и после занятия с помощью осциллометрического прибора фирмы OMRON. Измерение делалось не ранее чем через 10 - 15 минут от начала визита и через 1 - 5 минут после завершения

**Распределение симптомов тревоги и страха среди беременных с гипертензионным синдромом (n=40)**

Таблица 1

Симптомы	Кол-во пациентов с данным признаком	Частота признака, в %
Тревога	5	12,5
Страх родов	4	10
Страх визита	8	20
Страх визита + страх родов	8	20
Различные страхи + тревога	15	37,5
Всего	40	100

расслабляющих упражнений. Женщинам рекомендовали выполнять гимнастику в домашней обстановке ежедневно в течение 3 - 5 минут при условии хорошего самочувствия. Давление измеряли в конце первого занятия, после разговорной терапии и обучения диафрагмальному дыханию.

Статистическую обработку производили с помощью пакета статистических программ DIASTA (версия пакета Stadia МГУ, Россия) для ПК IBM [8].

### Результаты исследования и их обсуждение

Психотерапия оказала эффективное влияние на течение гипертензионного синдрома. У подавляющего большинства женщин уже в конце первого занятия выявляли снижение артериального давления. Среднее количество посещений для решения проблемы

повышенного артериального давления составило 1,6.

В табл. 1 представлены данные о наличии у беременных тревоги или страхов, их направленности. Пациенты со страхом визита к врачу составляют большую часть. Некоторые женщины не спешат раскрыться психотерапевту. Поэтому иногда о страхе посещения можно узнать только при второй встрече.

В конце первого занятия разговорной терапии пациентам измерялось артериальное давление с обязательным подходом к осциллометрическому прибору спиной, выпятив живот («сделайте то, чего раньше никогда не делали»). При этом показатели давления чаще бывали ниже тех, которые пациентки имели на фоне приема гипотензивных препаратов. Женщины выражали гораздо большее удивление и радость, когда после

диафрагмального дыхания давление у них становилось еще ниже. Наученные не бояться, они обретали уверенность в самостоятельном решении проблем, не считая нужным (не всегда обоснованно) последующие визиты к психотерапевту.

В табл. 2 представлены показатели артериального давления у некоторых беременных до и после диафрагмального дыхания в течение 0,5 минуты. Обработка этих данных по критериям Стьюдента для парных данных, критериям Вилкоксона, Манна - Уитни выявила высокую значимость изменений ( $p < 0,01$ ).

В качестве иллюстрации приводим историю беременной женщины.

С-ва С.М., 22 года, первая явка в консультацию в срок 18 недель. Терапевтом поставлен диагноз гипертонической болезни I ст. Первый визит к психотерапевту

**Показатели артериального давления (АД) до и после диафрагмального дыхания у беременных с гипертензионным синдромом (на фоне гипотензивной терапии)**

Таблица 2

АД до дыхания	АД после дыхания
125/80	109/68
142/96	139/88
145/83	115/83
131/89	121/84
138/89	124/83
132/87	116/72
126/86	113/73
129/77	119/70
125/82	120/73

- в 33 недели. Выяснилось, что есть ребенок от первого брака. Ожидаемый ребенок - от второго мужа, с которым к данному моменту уже развелась. Посещению предшествовали раздумья об аборте. Жалобы на сильную раздражительность и агрессивность, в том числе по отношению к дочери. Трудности ночного засыпания, запоры. Ежедневные тянущие боли в пояснице и в низу живота, стабильно повышенное артериальное давление с первого посещения женской консультации (иногда до 150 мм. рт. ст.) По этой причине дважды находилась на стационарном лечении, безуспешно получая традиционную гипотензивную терапию. Мышцы живота постоянно напрягает много лет, в том числе и при беременности. Со слов женщины, имеет "страх всего": врачей, гинекологического кресла, родов. Всю прошлую беременность страдала от повышенного артериального давления (систолическое - до 140 мм. рт. ст., диастолическое - 90).

В конце первого занятия у женщины выявлено давление 106/62 мм. рт. ст. При второй встрече, посвященной обучению расслабляющей гимнастике, сообщила, что стала менее раздражительной, хорошо засыпает, нет запоров, перестала пить слабительные, исчезли боли в пояснице и в низу живота. В домашних условиях имела нормальное артериальное давление. Страх визита в консультацию уже не было, сохранялся страх родов. До занятия гимнастикой цифры давления составили 118/70, сразу после - 118/72 мм. рт. ст. При следующем визите через 3 недели сообщила, что чувствовала себя хорошо и не принимала гипотензивных средств в прошедшее после первого визита время. Давление составило 113/70 мм. рт. ст.. Был проведен сеанс гипнотического транса в связи со страхом родов. На четвертом занятии отметила отсутствие страха родов. Проведен еще один сеанс гипнотического транса.

Роды произошли в срок, осложнений не было. При явке после родов сообщила, что рожала без страха, практически без боли, и артериальное давление не повышалось.

Анализ данного контингента беременных показал, что психотерапия играет важную роль в сохранении здоровья. Из 46 женщин 41 родила в срок, остальные (пять), ограничившиеся только одним визитом к психотерапевту, имели преждевременные роды (10%). Все дети родились живыми.

В группе сравнения (беременные без гипертензионного синдрома) терапия имела несравнимо лучшие результаты, если под этим понимать срочное родоразрешение. Преждевременные роды отмечали лишь у двух из них (1,9%). Существенное значение в возникновении гипертензионного синдрома у беременных мы придаем психоэмоциональному напряжению, отчетливо проявляющемуся в виде реакции страха. Положительная гемодинамика даже после единственного психотерапевтического занятия, направленного на снятие страха, говорит в пользу подобного заключения. Подтверждение правильности такого подхода можно найти и в бюллетене, издаваемом немецкой ассоциацией врачей для своих пациентов, где сказано: «Многие больные с повышенным артериальным давлением скрывают от окружающих свои чувства страха, ненависти и злости и этим усиливают свое напряжение... Основным настроением у них становится агрессивность по отношению к другим людям» [11]. Указание на тревогу как сопутствующий фактор артериальной гипертензии можно найти в работах известных психотерапевтов [9], а основатель телесно ориентированной терапии В. Райх показал, что синдром страха проявляет себя повышением кровяного давления, в то время как синдром удовольствия - его понижением [4]. И в этой связи, в

частности, мы высказываем предположение, что синдром вегетосудистой дистонии по гипотоническому типу при беременности не всегда стоит относить к патологии, гораздо чаще он может служить показателем хорошей адаптации к вынашиванию плода.

Поднятые в сообщении вопросы стали предметом внимания авторов и в связи с необходимостью выявлять различия между тревогой и страхом для повышения эффективности терапии. Как пишет Тиллих П., тревога таит в себе неопределенность в отношении вызывающих ее факторов и стремится стать страхом, чтобы обрести объект, с которым может справиться мужество пациента [6]. Когда на причину страха можно указать, то проблема решается быстрее, чем посредством симптоматического лечения.

### Заключение

Таким образом, нетрадиционные медицинские подходы могут оказывать положительное влияние на здоровье беременных без применения фармацевтических средств. Внимание, прежде всего уделяемое самому пациенту, а не его симптомам, позволяет быстро решать проблему гипертензии. С точки зрения психотерапевта, следует обращать внимание не только на повышение артериального давления, но и на скрывающиеся за этим неблагоприятные факторы: поведенческую и / или социальную дезадаптацию молодых женщин, нередко граничащую с юридической и экономической незащищенностью. Среди беременных с гипертензионным синдромом 40% не имели официально зарегистрированного брака; одной из них угрожали силой отобрать ребенка после родов в пользу бездетной семьи.

Обилие стрессовых факторов и их особое восприятие как опасных для жизни своей и ребенка, видимо, и является причиной того, что беременные с гипертензионным синдромом в несколько раз



чаще подвержены риску преждевременных родов.

Использование нами диафрагмального (брюшного) дыхания для решения этой проблемы не претендует на первооткрывательство. В роддоме № 12 г. Санкт-Петербурга это давно стало обычной методикой, приносящей прекрасные результаты [2]. Но мы склоняемся к мнению, что лечить беременных и тем более вылечить их от того или иного заболевания вряд ли возможно без овладения беременными культурой расслабления, и прежде – всего мышц живота. К сожалению, психотерапия по-прежнему остается уделом одиночек и не стала массовым явлением в акушерстве.

и статистика. ИНФРА-М, 1995. - 384 с.

9. Уолен С., Ди Гусепп Р., Уэсслер Р. Рационально-эмотивная психотерапия. - М.: Институт гуманитарных знаний, 1997. - 257с.

10. Швецов М.В., Старцева Н.В. Психотерапия у женщин с угрозой невынашивания беременности// Журн. акушерства и женских болезней. - 1998, вып. 1. - С. 77-79.

11. Koerper ist Spiegel der Seele: Psychosomatische Krankheiten. - INFOTHEKgesund / AOK, 1990. - Н. 18-31 S.

12. Lowen A. Bioenergetik. Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Koerper. - Rowohit Taschenbuch Verlag GmbH, - 1984. - 304 S.

13. Lowen A. & 1. Bioenergetik fuer Jeden. - Goldman Verlag, 1993 - 144 S.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства, - М.: Мир, 1966. - 672с.

2. Коваленко Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов: Автореф. дис....канд. психол. наук. - СПб, 1998. - 20 с.

3. Кулаков В.И., Мурашко Л.И. Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестоза // Акуш. и гин. - 1998- № 5. - С.3-6.

4. Райх В. Функция оргазма. - СПб. - М.: Универс. Книга. АСТ, 1997- 304 с.

5. Савельева Г.М., Шалина Р.И. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов // Акуш. и гин. - 1998. - № 5. - С. 6-9.

6. Тиллих П. Патологическая тревога, витальность и мужество // Моск. психотерапевт. журнал. - 1994. - №2. - С.113-131.

7. Тобиас М., Стюарт М. Растягивайся и расслабляйся. - М.: ФиС, 1994. 160с.

8. Тюрин Ю.Н. Макаров А.А. Анализ данных на компьютере. - Финансы