

Особливості психіки у хворих на гіпертонічну хворобу в світлі павловського вчення про типи вищої нервової діяльності

Б. В. Цукер

В цій статті подаються міркування щодо особливостей психіки в хворих на гіпертонічну хворобу в світлі павловського вчення про типи вищої нервової діяльності.

Виходячи з положень І. П. Павлова про типи нервової системи, ми склали схему клінічного дослідження типів вищої нервової діяльності, поклавши в основу анамнестичні дані преморбідного періоду, а також дані, що були виявлені в хворого в період захворювання. Як обов'язковий елемент в аналізі преморбідного періоду пацієнта входило урахування його активності, ініціативи, поведінки в момент небезпеки, при переході до нової життєвої ситуації, при зміні місця роботи, квартири, місця проживання (місто, республіка). Виясняли, чи легко починає пацієнт роботу, чи не відчуває він утруднень при її закінченні, а також його ставлення до незакінченої роботи. Чи намагається пацієнт уникнути важкої життєвої ситуації, чи проявляє схильність до «терзань», сумнівів, чи відчуває невпевненість у своїх силах, вчинках, свою неповноцінність, чи не відзначається в нього поспішність, невміння зачекати, коли це потрібно. Який характер моторики? Який тип засинання і прокидання (як швидко засинає і як швидко прокидається)? Чи буває іноді заїкання? Прагнення до стереотипу? Втомлюваність? Чи не помічається ослаблення пам'яті (скарги)? Чи немає нахилу до полохливості? Чи відчувається внутрішня тривога? Як впливають життєві невдачі (чи вони паралізують волю, чи, навпаки, спонукають до нових, ще більш наполегливих намагаць подолати труднощі)? Участь у громадській роботі? Твори яких письменників любить (тих, що змальовують сильні типи, борців, чи тих, що описують страждання мрійників, людей, скривджених долею)? Чи з'являлися суїцидальні думки як найкращий вихід з тяжких життєвих ситуацій? Інакше кажучи, клінічним методом ми виявляли у наших пацієнтів силу процесів подразливого і гальмівного, рухомість цих процесів, які покладені Павловим в основу при визначенні типу нервової системи.

Показниками сили подразливого процесу у наших пацієнтів служили працездатність, ініціативність, стійкість при важких життєвих ситуаціях і неприємних емоційних переживаннях.

До показників, що характеризують слабкість подразливого процесу, ми віднесли швидку втомлюваність, полохливість — до боягузтва включно, побоювання нового.

Показниками сили гальмівного процесу ми вважали уміння володіти собою при тяжких емоційних переживаннях, здатність до тривалої концентрації уваги, сталість прихильностей, швидкість засинання, міцний сон, повільне прокидання.

Показниками слабості гальмівного процесу вважали нестриманість афектів, відсутність терпіння, поверховий, неглибокий сон. Для визначення рухомості нервових процесів у пацієнта були враховані такі показники, як легкість пристосування до нових умов і змін життя, швидкість переключення з одного враження на інше, легкість у звільненні від звичок, характер сну — швидкість засинання і прокидання.

До сильного врівноваженого типу — рухомих сангвініків — ми відносили тих з наших пацієнтів, у яких в анамнезі відзначались: висока працездатність, наполегливість у досягненні мети, прагнення подолати життєві труднощі, ініціатива, зібраність у хвилини небезпеки, відсутність особливих труднощів при переході від процесу збудження до процесу гальмування.

До сильного врівноваженого типу — повільних, малорухомих флегматиків — були віднесені ті з пацієнтів, у яких в анамнезі відзначались риси, що характеризують взагалі типи сильних, але з такими відмінними рисами, як утруднене переключення на нові життєві ситуації, повільність у діях, міцність асоціацій, утруднене перероблення стереотипу (надмірна прихильність до речей, місця, одягу і ін.).

До сильного неврівноваженого типу — невтримних холериків — ми відносили таких пацієнтів, у яких в анамнезі були схильність до запальності, квапливість, товариськість, ініціатива, наполегливість, повільне засинання з вечора і швидке прокидання вранці, бадьорість, працездатність, «мука» чекати в прийомній, чекати трамвая, сидіти на одному місці без діла.

До слабого типу — меланхоліків — віднесені пацієнти, у яких у преморбідному періоді констатовані загальмування моторики, швидка втомлюваність, прагнення уникати важких життєвих ситуацій, нездатність відстоювати свої переконання, легке підпадання під чужий вплив, невпевненість у собі, почуття власної неповноцінності, полохливість, безпорадність у хвилини небезпеки, внутрішня тривога, плаксивість, швидке виснаження, уникання «думання», уникання остаточного рішення з будь-якого питання, любов до легкого читива (щоб не думати під час читання), перевага письменникам, які описують мрійників.

У пацієнтів, віднесених до слабого типу, відзначалось повільне засинання і повільне прокидання з «важкою головою».

Поряд із з'ясуванням коркових функцій ми поставили перед собою завдання визначити характер підкоркових функцій — емоційну сферу наших пацієнтів знову ж таки в преморбідному періоді, з'ясувати, якою була їх реактивність? Якої сили подразник викликав переважно негативну емоцію? Як довго він повинен був діяти, щоб викликати цю негативну емоцію: чи швидко спадала негативна емоція або не тільки не спадала, а навіть мала тенденцію до наростання? Чи була бурхливою реакція на подразник, чи він викликав поза межі гальмування і хворий впадав у сонливий стан? Чи не викликали подразники появи вогнища застійного збудження? При цьому ми прагнули виявити кореляцію між характером реагування, характером перероблення негативної емоції і типом коркової діяльності наших пацієнтів.

Методика наших досліджень була така. Спочатку ми надавали пацієнтові можливість найдокладніше розповісти про себе з того часу, як він почав себе пам'ятати (про його розвиток, виховання, переживання як позитивного, так і негативного характеру). Далі вже рядом навідних запитань ми продовжували розмову з пацієнтом так, щоб дістати прямі або посередні відповіді згідно з показниками, про які сказано вище. Одержавши необхідні дані, що характеризують особу пацієнта в преморбідному стані, ми потім порівнювали ці дані з тим, що являє собою пацієнт тепер, під час прийому амбулаторного або в стаціонарі.

З усіх хворих на гі для іншої мети, було діяльності. Серед них чотились так: від 25 до 50

Як показують наші вищої нервової діяльності сильний неврівноваженості (80%). Далі йшов сильний (чол.— 16%). Сильних втів не було. Гіпертоніків, ності, було лише 5 чол., тивність у преморбідному ригалася у 100 гіпертоніків емоційних розрядів виявля ня при загалом високій р Процент гіпертоніків з причому при низькій реак 13,3%. Середній ступінь

Якої ж сили подраз тер реагування?

Аналіз результатів дразник був сильним, в 1 ції? У 5 чол. (3,3%) це 25 чол., тобто в 16,6% емо падках негативна емоція тривале зживання емоцій хворі, у яких негативні емо тенденцію до наростання дінки), то одні засинали емоцію (надмаксимальний вання). Таких серед наших починали безупинно ходити застійного збудження) ас вулиці, позбутись цього н (45 чол.— 30%). Треті «уд їх «аж ніяк не схвилював вали незаслужену образу, на душі». Таких серед на стративний матеріал, що х тів, а також їх стан під хвороби.

1. Ф-ва, 46 р.— педагог. П (цінки): «Була я завжди прац нати доручення — швидше за приступити до виконання. Поки чатий край, невичерпне джерело. лахувала, мов сірник. Про себе п властивість — «непосида». Коли Просять: Евдокіє Павлівно, чи н лечу, біжу. Звертаюсь в одну ін друге. В цьому не вдається — в Бачиш, нічого не виходить. А я а на 21-й — кажу — повинно вда Я ніколи не тяготилась зміною який час і там я вже своя люда лася в новий колектив.

З усіх хворих на гіпертонічну хворобу, яких ми досліджували ще й для іншої мети, було відібрано 150 чол. для вивчення типу нервової діяльності. Серед них чоловіків було 54, жінок — 96. За віком хворі поділялись так: від 25 до 50 р. було 20 чол., від 51 і старше — 130 чол.

Як показують наші спостереження, абсолютно переважаючим типом вищої нервової діяльності серед досліджених хворих на гіпертонію був сильний неврівноважений тип невтримного холерика (120 чол., або 80%). Далі йшов сильний врівноважений тип рухомого сангвініка (25 чол. — 16%). Сильних врівноважених флегматиків серед наших пацієнтів не було. Гіпертоніків, у яких спостерігався слабкий тип нервової діяльності, було лише 5 чол., тобто 3,4%. У переважній більшості хворих реактивність у преморбідному стані була висока: висока реактивність спостерігалася у 100 гіпертоніків з 150, що становило 66,7%, причому затримка емоційних розрядів виявлена у 95 хворих, тобто в 63,3%. Легке реагування при загалом високій реактивності ми спостерігали в 5 чол., або 3,3%. Процент гіпертоніків з низькою реактивністю був невисокий — 16,6%, причому при низькій реактивності затримку емоцій виявлено у 20 чол. — 13,3%. Середній ступінь реактивності спостерігався у 25 чол. — 16,6%.

Якої ж сили подразник викликав негативну емоцію? Який характер реагування?

Аналіз результатів досліджень показав, що в 90% випадків цей подразник був сильним, в 10% — слабим. Як перероблялися негативні емоції? У 5 чол. (3,3%) це відбувалося швидко (хоч і не моментально), у 25 чол., тобто в 16,6% емоція викликала реакцію зараз же. В інших випадках негативна емоція затримувалась на досить тривалий час. Таке тривале зживання емоцій ми спостерігали у 80 чол., або 53,3%. Були такі хворі, у яких негативні емоції не тільки не спадали, але навіть виявляли тенденцію до наростання (40 чол., або 26,6%). Щодо реагування (поведінки), то одні засинали при діянні фактора, який викликав негативну емоцію (надмаксимальний подразник, що викликав позамежне гальмування). Таких серед наших хворих було 15 чол., або 10%. Інші, навпаки, починали безупинно ходити по кімнаті швидкими кроками (поява вогнища застійного збудження) або навіть виходили з дому, щоб, «ходячи по вулиці, позбутись цього неприємного почуття, зморити себе ходінням» (45 чол. — 30%). Треті «удавали, що їх цей факт мало цікавить», що він їх «аж ніяк не схвилював». Насправді ж вони глибоко і важко переживали незаслужену образу, але «інші не повинні знати, що діється у них на душі». Таких серед наших хворих було 90 чол., тобто 60%. Як ілюстративний матеріал, що характеризує преморбідний стан наших пацієнтів, а також їх стан під час хвороби, наводимо витяги з деяких історій хвороби.

1. Ф-ва, 46 р. — педагог. Про себе розповідає (це підтверджують і знайомі пацієнтки): «Була я завжди працездатною, енергійною, жвавою. Кудись «злітати», виконати доручення — швидше за мене ніхто не міг. Доручили — моментально повинна приступити до виконання. Поки не виконаю — не заспокоюсь. Ініціативи було непочатий край, невичерпне джерело. На роботі, як то кажуть, горіла. Запалювалась, спалахувала, мов сірник. Про себе повинна сказати, що збудораженість — це моя природна властивість — «непосида». Коли йдемо, бувало, з кимось — не встигають за мною. Просять: Євдокіє Павлівно, чи не можна тихше. Якщо займаюсь якоюсь справою — біда: лечу, біжу. Звертаюсь в одну інстанцію, в другу. Не вдається в одному місці, лечу в друге. В цьому не вдається — в третє. Знайомі, бувало, кажуть: покинь ти цю справу. Бачиш, нічого не виходить. А я — ні. Вже обов'язково доб'юсь свого. 20 разів невдача, а на 21-й — кажу — повинно вдатися. До нових умов життя пристосовувалась легко. Я ніколи не тяготилась зміною місць — поїхати в інше місто — будь ласка. Через деякий час і там я вже своя людина. Без різких «рефлексів» при зміні служби вживалася в новий колектив.

Про свій характер скажу, не вмію я себе приборкувати, або якщо приборкаю, тобто візьму себе в шори — мучусь потім, стримувати себе мені важко. Ось, наприклад: на трамвайних зупинках (знайомі завжди сміються з мене), скажімо, треба почекати, щоб сісти у вагон певної марки. Ні за що не витримаю, сідаю на перший трамвай, що підійде, або йду пішки, тільки б не стояти, не чекати. А потім, дивись, тільки відійшла, а трамвай, який тобі був потрібний, вже доганяє. Скільки разів зарікалась — буду чекати, а потім знову та сама історія. Як кажуть, гальма слабкі. А ось вивести мене з терпіння не так то легко; щоб я вийшла з рівноваги, потрібно вже порядком натиснути мені на мозоль. Але якщо це вже трапилось, то, як кажуть, я давала собі волю, вже пробачте. Завжди була запальною. Важко відходила, важко було себе стримувати. А якщо через силу стримаюсь, примушу себе стриматись, потім розплачусь. Вночі не можу заснути, сто разів перевернусь у ліжку — не дочекаюсь ранку. Гнітить мене, чому не відрізала одразу. Розмовляю безперервно сама з собою, веду диспут з кривдником, що ніби стоїть передо мною. Досада на себе і на кривдника все зростає. Стає важко дихати. Якщо відреагувала б зараз же — легше стало б на душі.

Розповім, як я переживала нальоти ворожих літаків, навіть їх дзижчання. Хотілось бігти, щось робити, а потрібно було тихо сидіти на одному місці в бомбосховищі і не рухатись. Це важко, ох, як важко було, лікарю! Хотілося в цей момент схопити один із стояків, що підпирали стелю бомбосховища, і бігти з ним і кинути його просто в літак, у точку, що дзижчала. Душила злість, а виходу не було. Дихати було не сила. Здавалось, що цілий будинок могла б на собі підняти, тільки була б можливість.

Бачите, лікарю, якою я була. Сліз не знала і не бачила. А зараз тільки щось трапиться — я в сльози. Стала плаксою. Все мені важко, все мені не під силу. Стала якоюсь боязкою, нерішучою. Втратила віру в себе. Забувати все стала. Нікчемною, словом, стала. Пам'ятаєте, як сказано у Некрасова:

Вы не мертвы — вы еще живы,
Но для дела вы мертвы давно...

Ось так і я (в хворі з'явилися сльози). І працювати не працюю і втомлююсь. Потім вкриваюсь від найменшого розумового або фізичного зусилля. На сон тягне, а заснути вночі не можу.

Ці зміни настали не відразу. Одне тяжке переживання йшло за другим. Це мене і зламало. Довго не знала, куди евакуювалася дочка, яка жила на Кавказі. Одержала повідомлення про смерть чоловіка на фронті. Від сина чотири роки не було відомостей... А тут ці бомбардування. Місця собі не могла знайти. Евакуювалася одна — невдало. Поїзд потрапив під обстріл ворожого літака... Багато чого було... Ось і стала справжнім інвалідом. Залишатись у кімнаті моторошно. Ядуха з'явилася, як почну хвилюватись, так і душить. В голові шум, наче в млині. А головне — сльози..., сльози, серцебиття. Пам'ять нікчемна. Не виношу шуму. Радіо не можу слухати... Часом сиджу в кімнаті — ніби хтось мене кличе. Оглянусь — нікого. Ще страшніше зробиться. Втекла б з кімнати, з рідного міста, від самої себе. Просто не знаю, що зі мною діється. І починаю плакати. Прийду до когось із знайомих, а через п'ять хвилин вже не можу всидіти. Сну позбулась — не можу заснути та й годі. Ось якою я стала: хочу боротися з собою і нічого не виходить».

Переходимо до аналізу описаного випадку. Риси характеру нашої пацієнтки в преморбідному стані констатовані такі: висока працездатність, енергійність, ініціативність, наполегливість у досягненні наміченої мети. Швидко пристосовується до нових умов життя, не тяготиться зміною місць життя і служби, відразу береться за нову роботу. Але чекати будь-чого — в прийомній, трамваї — їй дуже важко, терпіння бракує. Відстоювати ж свої думки, сперечатися із супротивником може «цілими годинами».

Це все такі показники, за якими ми відносили наших пацієнтів до сильного типу — невтримних холериків, — у яких відзначаються сильний подразливий і відстаючий гальмівний процеси і не викликає труднощів зміна життєвого стереотипу (зміна міста, квартири, служби тощо). Це щодо коркових функцій. Щодо емоційної сфери, то наша пацієнтка в преморбідному періоді — людина з високою реактивністю. Негативна емоція в неї не тільки не спадала швидко, а виявляла тенденцію до наростання. Хвора запальна, але щоб викликати цю бурхливу реакцію,

потрібний досить сильний живала «глибоко в собі».

Такі риси були характером цього періоду. Зовсім інші риси в відзначається слабкість як безініціативна, позбавлена своєї сфери спостерігається затримується, не проявляється (розповідає хвора).

Отже, ми бачимо, як і самої гіпертонічної хвороби, холерик — втрачає свій ритм і набуває невластивості.

2. С-на, 42 р., економіст. Хворіла з міміозом: «Доторкнувшись до несприятливих умов, наче тій мімізі, яка, що я якось не так вчинила, могла б і не так різко сказати, не хочу високо літати, не зачіпала мені все це — тільки не лайт найчастіше несправедливо... Не змучусь... В піт кидає, якщо під до когось звернутись в особисті справи: може знайду до нього неприємності. Адже він може мені просто сказати мене від справи, і, крім того, від цієї справи... або що вам це не товариші. А мені страшно взяти раптом ця людина в трубку справи».

На запитання, як хвора відповідала: «Не знаю, що ж? Поплачу потім і все будуть — до пуття нічого не скажеш, коли бомбили наше місто літаків. Я не боялася смерті, тільки нести. Все тікала якомога швидше. Ноги підкошувались, не могла мерти в душі сльозами. В мов тіні».

Ця хвора — представник гальмівним і подразливим. «Окрик, загроза — і він летить» — похлиплий меланхолік своєї інтереси. Вона сповнена своїх інтересів. Вона не тільки не намагається, щоб її якнайменше помічали. Переживає вона їх у собі, правило, викликаються слабкі емоції у нашої пацієнтки стає взагалі, негативну емоцію, погляд. Пацієнтка завжди герої яких «викликали зворотні, мрійників, яких оточують роїв, «над долею яких можли-

потрібний досить сильний подразник. Негативну емоцію пацієнтка переживала «глибоко в собі».

Такі риси були характерні для нашої пацієнтки в преморбідний період. Зовсім інші риси властиві хворій тепер: з боку коркових функцій відзначається слабкість як подразливого, так і гальмівного процесів; вона безініціативна, позбавлена наполегливості, слабовольна. З боку емоційної сфери спостерігається низька реактивність: негативна емоція не затримується, не проявляється бурхливо («тихі сльози і хнюкання» — розповідає хвора).

Отже, ми бачимо, як під впливом несприятливих життєвих ситуацій і самої гіпертонічної хвороби сильний неврівноважений тип — невтримний холерик — втрачає свої основні характерні риси преморбідного періоду і набуває невластивих йому слабості і пасивності.

2. С-на, 42 р., економіст. Хвора характеризує себе як людину, яку можна порівняти з мімозою: «Доторкнешся до неї — вона починає в'янути». Їй, мовляв, потрібні якісь особливі умови, наче тій мімозі. «Завжди у мене якась тривога. Завжди мені здається, що я якось не так вчинила, що я сказала щось таке, що образило людину, а могла б і не так різко сказати. В житті я прагну до того, щоб мене не помічали — не хочу високо літати, не зачіпайте тільки мене. Не хваліть, не помічайте, — не потрібне мені все це — тільки не лайте, бо важко мені це переносити. Адже лають, лікарю, найчастіше несправедливо... Не дай боже, якщо мені доручено що-небудь зробити — змучусь... В піт кидає, якщо потрібно десь виступити з промовою або якщо треба до когось звернутись в особистій справі. Я роблю так, щоб не зустрітися з цим товаришем: може зайду до нього невчасно, може він зайнятий більш важливою справою. Адже він може мені просто сказати: «Товаришу, що ви з такою дрібницею відриваєте мене від справи, і, крім того, ви повинні ж самі зрозуміти, що не дуже підходите для цієї справи... або що вам це не по силі!». «Тоді подзвоніть йому», — часто радять мені товариші. А мені страшно взятися за трубку — так серце й вискакує. А що як раптом ця людина в трубку скаже мені щось образливе за те, що я відриваю її від справи».

На запитання, як хвора реагує, коли її хтось особисто образить, притому незаслужено, вона відповідає: «Намагаюсь не дивитися кривдникові в очі, образив, ну й що ж? Поплачу потім і все. А щоб зчепитися з кривдником — одні сльози тільки будуть — до пуття нічого не скажу. Краще далі від гріха. Не моя це стихія. Пам'ятаю, коли бомбили наше місто, я заривалася в подушки, щоб не чути дзижчання літаків. Я не боялася смерті, лікарю, ні. Самої тривоги — ось чого не могла я переносити. Все тікала якомога швидше в бомбосховище, а сил у мене на це не вистачало. Ноги підкошувались, не могла рушити з місця. Лежу під подушками ні жива ні мертва і душусь сльозами. Втратила сон. Цілими днями не пила, не їла. Ходила, мов тінь».

Ця хвора — представник слабого типу нервової системи із слабкими гальмівним і подразливим процесами; про таких людей Павлов пише: «Окрик, загроза — і він лежить розпростертий». І дійсно, наша пацієнтка — полохливий меланхолік: вона не вміє відстоювати свої переконання, свої інтереси. Вона сповнена сумнівів. Їй завжди здається, що вона не так сказала, не так зробила, наскільки можливо вона уникає загострення життєвих ситуацій, у неї постійне відчуття власної неповноцінності. Вона не тільки не намагається виділитися серед інших, а, навпаки, хоче, щоб її якнайменше помічали. Негативні емоції у неї спадають повільно. Переживає вона їх у собі, «плачучи і охаючи». Ці негативні емоції, як правило, викликаються слабим подразником. Сильний подразник викликає у нашої пацієнтки стан заціпеніння (поза межне гальмування). А, взагалі, негативну емоцію, сльози може викликати навіть непривітний погляд. Пацієнтка завжди любила читати тільки таких письменників, герої яких «викликали зворушливі почуття», книги про людей скривджених, мрійників, яких оточуючі люди не розуміли. Любила читати про героїв, «над долею яких можна було зітхати».

3. В-г, 56 років, конструктор. У преморбідному періоді, за словами самого хворого, а також його співробітників, у поводженні з людьми був рівний, не дуже сухий, але й не сентиментальний. Був людиною з високою працездатністю, ініціативний. В студентські роки багато разів обирали старостою. Проявляв наполегливість. «Вже якщо я щось задумав, — розповідає хворий, — доведу до кінця. Умів постояти за себе і за доручену справу. Не пригадую, щоб розгубився в хвилини небезпеки. Був наполегливий. Роботу виконував швидко і своєчасно. Працював не метушливо, не шумно, але й повільності теж не переносив. Знаєте, є такі — поки повернуться та поки розкачаються, — це не мій стиль роботи. Якщо треба було змінити побутові життєві умови, скажімо, змінити службу, місто, навіть край, республіку, — особливо тяжко це на мою психіку не впливало. Не те, щоб я любив зміни, але, змінюючи обстановку, завжди умів просто міркувати, розсудливо, і тільки. Раз треба — значить треба. Правда, без бою ніколи не поступався і бою не уникав. Про це знали і моє начальство, і мої знайомі. Але якщо рішення прийнято — хитикати не любив. Освоював нову ситуацію сумлінно й енергійно. Не можу точно визначити свою працездатність, але втомлюваність та ще швидка — це не моя вдача. Працював стільки, скільки потрібно було. Рішення приймав без будь-яких підказувань. Знаєте, мені як старшому конструкторові, треба бути вимогливим і до себе, і до інших. Зрозуміло, не обходилося без конфліктів і з старшими, і з молодшими. Слід сказати, образи переносив я важко, ледве себе стримував, правда, мені це було не легко. Чого гріха таїти — це минуло — в таких випадках усе обмірковував, усе шукав випадку, щоб цілком звільнитися від цього неприємного почуття, що тяжіло наді мною (поява вогнища застійного збудження). А коли позбавлюсь — якось стає легше на душі. Важко було зживати це почуття. Зживав у собі, ні з ким не ділився. Правда, щоб довести мене до такого стану, треба сильно зачепити. Не такий я був, щоб від маленької образи заплакати, висловлюючись фігурально. Та все це, лікарю, в минулому... Зараз самі бачите...».

Зараз пацієнт плаксивий, розгублений, тривожний, метушливий, боїться життя, скаржитися на головний біль, безсоння. Безініціативний, йому важко взятися за будь-яку справу («все падає з рук»). Порушена пам'ять, швидко втомлюється.

Аналіз випадку. В преморбідному стані — висока працездатність, ініціативність, достатня оперативність у роботі, швидкість, але без метушливості, вміння відстоювати свої думки і доручену роботу, здатність знайти себе в хвилини небезпеки, достатня легкість у переключенні на нову життєву обстановку, вміння стримувати себе, впевненість у прийнятих рішеннях, відсутність явищ «копання в собі» — говорять за те, що наш пацієнт належав до типу сильного врівноваженого рухомого сангвініка. У преморбідному ж стані у нашого пацієнта в емоційній сфері помічалась висока реактивність з повільно спадаючими негативними емоціями, які завжди викликалися сильними подразниками. Емоції ці перероблювались завжди «в собі».

Як і при аналізі першого випадку (хвора Ф-ва), бачимо, що під впливом хвороби сильний тип набуває невластивих йому рис.

Висновки

1. Гіпертонічна хвороба значною мірою є результатом перенапруження нервових центрів, що регулюють кров'яний тиск, внаслідок впливу на організм негативних емоцій (поява вогнищ застійного збудження, поза межного гальмування); результатом перевтоми, частих життєвих конфліктів і інших несприятливих факторів.

2. Характер реакції залежить від типу нервової системи.

3. Людина з сильним типом нервової системи — врівноважений рухливий сангвінік — тільки у виняткових випадках хворіє на гіпертонію.

4. Людина сильного типу — врівноважений малорухомий флегматик, як правило, не уражується гіпертонічною хворобою.

5. Як правило, захворюють гіпертонічною хворобою люди, які належать до сильного невірноваженого типу — невтримних холериків.

6. Люди із слабким типом нервової системи, за нашими спостереженнями, рідше хворіють на гіпертонію.

7. Гіпертонічна хвороба висока реактивність поєднується з переживанням емоцій «у собі».

8. Слабі подразники, а також фактори, що викликають слабкого типу, які самі по собі не викликають реакції.

9. Негативна емоція, яка з'являється протягом тривалого часу, зживається протягом тривалого часу.

10. Наростаюча негативна гіпертонічна хвороба, особливо «глибоко в собі».

11. З часом під впливом хвороби значні зміни в характері, ініціативності, працездатності перетворюються на безвольність, ініціативність, працездатність.

Об'єднання 20-ої лікарні,

7. Гіпертонічна хвороба найчастіше спостерігається в осіб, у яких висока реактивність поєднується з затримкою негативних емоцій, тобто переживанням емоцій «у собі».

8. Слабі подразники, які провокують негативну емоцію, рідко можуть бути факторами, що викликають гіпертонічну хворобу та ще в людей слабого типу, які самі по собі рідко хворіють на гіпертонію.

9. Негативна емоція, що виникає, може або швидко зникнути, або зживатися протягом тривалого часу, або навіть наростати.

10. Наростаюча негативна емоція — фактор, що сприяє виникненню гіпертонічної хвороби, особливо коли ця негативна емоція переживається «глибоко в собі».

11. З часом під впливом гіпертонічного захворювання нерідко настають значні зміни в характері і поведінці людини, що захворіла: з вольової, ініціативної, працездатної людини з високою реактивністю вона перетворюється на безвольного, пасивного суб'єкта з різкою емоційною лабільністю.

Об'єднання 20-ої лікарні, м. Харків.