



Исследование влияния когнитивно-поведенческой и эмоционально-образной психотерапии на стабилизацию артериального давления (клинический случай)

Базаркина Д. В., Кирюхина С. В., Подсеваткин В. Г.

Ключевые слова: клинический случай, когнитивно-поведенческая терапия, артериальная гипертензия, стресс-индуцированные состояния.

Отношения и деятельность: нет.

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва, Саранск, Россия.

Базаркина Д. В.* — студент 6 курса Медицинского института, ORCID: 0009-0009-1285-6723, Кирюхина С. В. — д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института, ORCID: 0000-0002-9457-8756, Подсеваткин В. Г. — д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Медицинского института, ORCID: 0000-0001-9416-5727.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
bazarkina.02@mail.ru

Рукопись получена 08.07.2025

Рецензия получена 21.07.2025

Принята к публикации 08.08.2025



Для цитирования: Базаркина Д. В., Кирюхина С. В., Подсеваткин В. Г. Исследование влияния когнитивно-поведенческой и эмоционально-образной психотерапии на стабилизацию артериального давления (клинический случай). *Российский кардиологический журнал*. 2025;30(14S):6682. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6682. EDN: BJWEHG

The effect of cognitive-behavioral and emotional-imaginative psychotherapy on blood pressure stabilization: a case report

Bazarkina D. V., Kiryukhina S. V., Podsevatkin V. G.

Keywords: clinical case, cognitive behavioral therapy, arterial hypertension, stress-induced conditions.

Relationships and Activities: none.

Ogarev National Research Mordovian State University, Saransk, Russia.

Bazarkina D. V.* ORCID: 0009-0009-1285-6723, Kiryukhina S. V. ORCID: 0000-0002-9457-8756, Podsevatkin V. G. ORCID: 0000-0001-9416-5727.

*Corresponding author:
bazarkina.02@mail.ru

Received: 08.07.2025 **Revision Received:** 21.07.2025 **Accepted:** 08.08.2025

For citation: Bazarkina D. V., Kiryukhina S. V., Podsevatkin V. G. The effect of cognitive-behavioral and emotional-imaginative psychotherapy on blood pressure stabilization: a case report. *Russian Journal of Cardiology*. 2025;30(14S):6682. doi: 10.15829/1560-4071-2025-6682. EDN: BJWEHG

Артериальная гипертензия (АГ) сохраняет лидирующие позиции в структуре сердечно-сосудистой патологии, поражая до 40-45% взрослого населения России [1]. Особого внимания заслуживает стресс-индуцированная форма АГ, патофизиологические механизмы которой включают гиперактивацию симпатической нервной системы, эндотелиальную дисфункцию и нарушение барорецепторной чувствительности [2].

Клинические исследования демонстрируют, что у 60-65% пациентов с гипертонической болезнью выявляются коморбидные тревожные расстройства, которые не только снижают приверженность терапии, но и ассоциированы с повышенным сердечно-сосудистым риском [3]. Психосоциальный стресс активирует прессорные системы организма, приводя к стойкому повышению артериального давления [2].

Современные клинические рекомендации подчеркивают важность нефармакологических методов

коррекции АГ, в частности психотерапевтических вмешательств [1]. Наибольшую доказательную базу имеют когнитивно-поведенческая терапия, направленная на модификацию дезадаптивных когнитивных схем, и эмоционально-образная терапия, работающая с соматическими проявлениями стресса [4].

Метаанализы рандомизированных исследований показывают, что комбинированное применение психотерапевтических методик позволяет достичь снижения систолического АД на 8-12 мм рт.ст. и диастолического АД на 5-7 мм рт.ст. у пациентов со стресс-индуцированной гипертензией [5, 6].

Клинический случай

Информация о пациенте

Под динамическим наблюдением в условиях стационара с 03.03.2025 по 17.03.2025 находилась пациентка Ж., 46 лет.

Социально-бытовой анамнез: Проживает в благоустроенной квартире с мужем и двумя детьми (15 и 10 лет). Образование высшее педагогическое. Ранее работала учителем младших классов (стаж 18 лет), в настоящее время — домохозяйка. Оставила профессиональную деятельность 2 года назад в связи с необходимостью ухода за детьми и больной матерью. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное, но несбалансированное, с преобладанием углеводной пищи. Физическая активность низкая.

Наследственность: Отягощена по сердечно-сосудистой патологии. Отец умер в 65 лет от острого инфаркта миокарда, страдал артериальной гипертензией. Мать, 72 года, страдает сахарным диабетом 2 типа с тяжелыми осложнениями: диабетической ангиопатией и нейропатией. Перенесла ампутацию левой голени год назад. В настоящее время госпитализирована в отделение гнойной хирургии с диагнозом: гангрена правой голени, осложненная флегмоной.

Профессиональный анамнез: Работа в школе отличалась высокой эмоциональной нагрузкой, необходимостью постоянного контакта с детьми и родителями. После ухода с работы отмечает чувство нерезализованности, уменьшение социальной активности.

Психоэмоциональный статус: По характеру тревожно-мнительная, ответственная, перфекционист. В течение последнего месяца находилась в состоянии хронического стресса, обусловленного необходимостью ухода за тяжелобольной матерью и совмещения семейных обязанностей.

Жалобы в 0 день наблюдения: На периодическое повышение артериального давления до 180/100 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, ощущением сердцебиения, "внутренней дрожью", чувством нехватки воздуха. Также предъявляла жалобы на стойкое чувство тревоги, внутреннего напряжения, беспокойство о будущем, нарушение сна (трудности засыпания, частые ночные пробуждения), сниженное настроение, плаксивость, чувство постоянной усталости и эмоционального истощения.

Анамнез заболевания: Считает себя больной около 5 лет, когда впервые было зафиксировано повышение АД в условиях стрессовой ситуации на работе. Регулярную гипотензивную терапию получает в течение последних 3 лет с переменной эффективностью. Отмечает четкую связь ухудшения состояния в течение последнего года с нарастанием нагрузки по уходу за тяжелобольной матерью. Самостоятельно участвовала в приеме Каптоприла до 2-3 раз в неделю. В дальнейшем (после 7-го дня) эпизоды подъема АД купировались без экстренного приема каптоприла.

Лекарственный анамнез: Постоянная гипотензивная терапия: Периндоприл 5 мг 1 раз в сутки, амлодипин 5 мг 1 раз в сутки, при кризах Каптоприл 25 мг под язык.

Физикальный осмотр

Соматический статус. Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост 164 см, вес 87 кг, ИМТ 32,4 кг/м². Кожные покровы чистые, умеренной влажности, акроцианоз. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно по абдоминальному типу (окружность талии 98 см). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышечный тонус несколько повышен в плечевом поясе.

Аускультативно: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Ритм правильный. ЧСС 88 уд./мин. АД 158/95 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не пальпируется. Периферические отеки отсутствуют.

Неврологический статус. Сознание ясное, ориентирована полностью. Отмечается повышенная тревожность, суетливость движений. Черепно-мозговые нервы без особенностей. Сухожильные рефлексы живые, D=S. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Чувствительность сохранена. Менингеальные симптомы отрицательные. Вегетативная нервная система: выраженный гипергидроз ладоней.

Психический статус. Внешний вид соответствует возрасту. В контакт вступает охотно, но с заметным напряжением. Речь несколько ускорена, с элементами торопливости. Эмоциональный фон снижен, с доминированием тревожного аффекта. Отмечается фиксация на соматическом состоянии и прогнозе заболевания матери. Критичность к своему состоянию частично сохранена. Содержательная сторона мышления: преобладают тревожные, руминативные мысли катастрофического содержания. Интеллект соответствует образованию. Память и внимание несколько снижены. Сознание болезни формально присутствует.

Результаты обследования:

- Суточное мониторирование АД при поступлении (03.03.2025): Среднесуточное АД 145/92 мм рт.ст. (норма <130/80 мм рт.ст.). Отмечается недостаточное уменьшение АД в ночные часы (нон-диппер).

- ЭхоКГ при поступлении (03.03.2025): Концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ (ММЛЖ 125 г/м², ИММЛЖ 114 г/м²). Диастолическая дисфункция ЛЖ I типа (нарушение релаксации). ФВ 65%.

- ЭКГ при поступлении (03.03.2025, рис. 1-4): Зарегистрирована синусовая тахикардия с ЧСС 101 уд./мин. Отмечаются редкие желудочковые экстрасистолы. Выявлена неполная блокада правой ветви пучка Гиса. Измеренные интервалы: PR — 150 мс, QRS — 102 мс, QT — 342 мс, QTc — 410 мс. Амплитуда

RV5/SV1 составила 1.540 мВ, что, наряду с индексом Соколова-Лайона (индекс Соколова-Лайона >35 мм), подтверждает диагноз гипертрофии левого желудочка.

Электролитные нарушения (гипокалиемия, гипомагниемия) могут провоцировать желудочковую тахикардию и желудочковую экстрасистолию, особенно на фоне приема диуретиков, применяемых для лечения артериальной гипертензии.

Тревога, депрессия и хронический стресс могут увеличивать риск аритмий, включая желудочковую тахикардию и желудочковую экстрасистолию. Психотерапия, направленная на снижение стресса и улучшение эмоционального состояния, потенциально может снизить аритмическую нагрузку. Психотерапия может влиять на баланс симпатической и парасимпатической нервной системы [7, 8]. Улучшение вагусного тонуса может оказывать антиаритмический эффект.

Психодиагностическое обследование:

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS): 14 баллов
- Шкала Гамильтона (HARS): 25 баллов
- Шкала суицидальных мыслей (SSI): 10 баллов
- Опросник качества жизни SF-36: Физическое функционирование: 25%
- Опросник MBI: Эмоциональное истощение: 38 баллов

Установленный диагноз:

Основное заболевание: (I10) Эссенциальная (первичная) гипертензия. Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия 2 степени. Риск 3 (высокий). Ожирение I степени (E66.3).

Осложнения: (I51.4) Миокардиопатия неуточненная (гипертрофия левого желудочка); (I50.9) Сердечная недостаточность неуточненная (диастолическая дисфункция I типа); (I49.3) Желудочковая экстрасистолия; (I45.1) Другая и неуточненная блокада правой ножки пучка Гиса (неполная).

Сопутствующее заболевание: Генерализованное тревожное расстройство (F41.1). Расстройство адаптации с тревожным настроением (F43.22).

Обоснование диагноза: Диагноз гипертонической болезни II стадии установлен на основании документально подтвержденного стойкого повышения артериального давления (среднесуточное АД 145/92 мм рт.ст. по данным СМАД), наличия поражения органов-мишеней в виде гипертрофии левого желудочка (ММЛЖ 125 г/м² по ЭхоКГ, индекс Соколова-Лайона >35 мм по ЭКГ) и диастолической дисфункции I типа.

Выявленные по данным ЭКГ нарушения сердечного ритма и проводимости — желудочковая экстрасистолия и неполная блокада правой ножки пучка Гиса — патогенетически связаны с основным заболеванием. Гипертрофия миокарда и повышенная

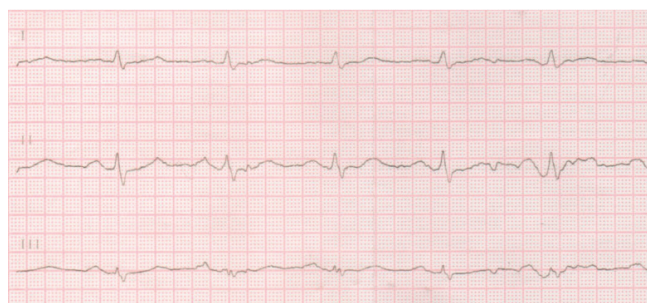


Рис. 1. Электрокардиограмма пациента А. Скорость регистрации 50 мм/с, калибровка 10 мм/мВ. Представлены отведения I, II и III. Источник: здесь и далее представлены данные пациента.

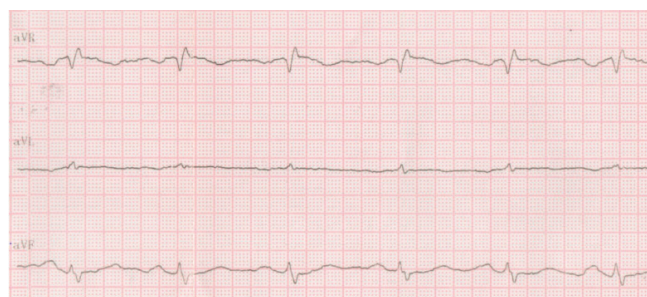


Рис. 2. Электрокардиограмма пациента А. Скорость регистрации 50 мм/с, калибровка 10 мм/мВ. Представлены отведения aVR, aVL, aVF.



Рис. 3. Электрокардиограмма пациента А. Скорость регистрации 50 мм/с, калибровка 10 мм/мВ. Представлены отведения V1, V2, V3.

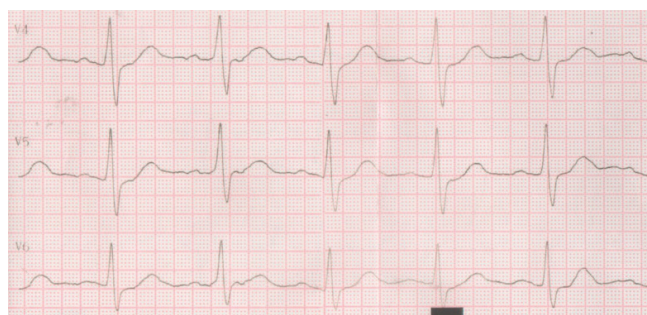


Рис. 4. Электрокардиограмма пациента А. Скорость регистрации 50 мм/с, калибровка 10 мм/мВ. Представлены отведения V4, V5, V6.

симпатическая активность, характерные для артериальной гипертензии, создают субстрат для возникновения аритмий. Одновременно, электролитные нарушения (гипокалиемия, гипомагниемия), потенциально обусловленные хроническим стрессом и активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, дополнительно повышают проаритмогенный риск.

Наличие тревожного расстройства подтверждается высокими баллами по валидизированным психометрическим шкалам (HADS=14, HARS=25) и характерной клинической картиной с преобладанием тревожной симптоматики, развившейся в условиях хронического психоэмоционального стресса, связанного с уходом за тяжелобольной матерью. Важно отметить, что тревожное расстройство не только является коморбидным состоянием, но и выступает значимым фактором прогрессирования гипертонической болезни через механизмы вегетативной дисрегуляции, что подтверждается данными о нарушении циркадного ритма АД (non-dipper) и повышенной вариабельностью артериального давления.

Проведенное лечение

Медикаментозная терапия:

- Гипотензивная: Периндоприл 5 мг/сут. + амлодипин 5 мг/сут.
- Анксиолитическая: Алпразолам 0,25 мг утром и вечером
- Седативная: Тералиджен 5 мг на ночь

Комплексная психотерапия (14 дней):

- Когнитивно-поведенческая терапия (10 сеансов): работа с катастрофическими мыслями, когнитивная реструктуризация, обучение техникам управления тревогой.
- Эмоционально-образная терапия (4 сеанса): отреагирование внутреннего конфликта, связанного с чувством долга и невозможностью реализации.
- Обучение техникам саморегуляции: диафрагмальное дыхание, прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону.
- Диетотерапия: разработан индивидуальный план питания с дефицитом калорий 500 ккал/сут, рекомендации по средиземноморской диете.
- Ежедневный мониторинг АД (утро/вечер)

Динамическое наблюдение с использованием таблиц

Таблица 1

Динамика состояния в условиях КПТ

Период наблюдения	Клиническая характеристика	Показатели АД (средние значения)	Психодиагностические показатели
День 0	Выраженная тревога, эмоциональная лабильность, нарушения сна. АД стабильно повышенное.	158/95 мм рт.ст.	HADS=14, HARS=25, SSI=10, MBI=38
День 7	Снижение тревожности, улучшение качества сна, уменьшение эмоциональной напряженности.	142/88 мм рт.ст.	HADS=10, HARS=18, SSI=6, MBI=32
День 14	Стабилизация эмоционального состояния, нормализация сна, повышение стрессоустойчивости.	132/84 мм рт.ст.	HADS=7, HARS=12, SSI=3, MBI=24

Таблица 2

Реакции на стрессовые ситуации, самонаблюдение

Период	Ситуация/триггер	Применение лекарственных средств	Использование техник КПТ	Эффективность (снижение АД)	Побочные эффекты/замечания
День 0	Острый стресс (Сложный разговор с врачом) с защитой в виде слезной реакции.	Каптоприл 25 мг под язык (3 раза в день)	Подключили дневник благодарности.	С АД 180/110 до 150/95	Тахикардия, слабость
День 3	Конфликт с матерью. Паническая атака на фоне тревоги и страха за мать и детей	Каптоприл 25 мг (2 раза)	Дыхание 4-7-8 (1 попытка)	С АД 170/105 до 145/90	Головная боль
День 7	Паническая атака на фоне тревожных мыслей об одиночестве после смерти матери	-	Техника "5-4-3-2-1" + дыхание	С АД 165/100 до 140/85 без лекарств	Первый успех без медикаментов
День 10	Ночное пробуждение с тревогой.	-	Прогрессивная релаксация (30 мин)	С АД 147/95 до 135/85	Полное купирование без лекарств
День 14	Поток тревожных мыслей, предпаническая атака	-	Когнитивное переформулирование + "заземление"	С АД 160/100 до 138/84	Освоение базовых техник завершено

Таблица 3

Ежедневный мониторинг АД до и после психотерапевтических сеансов

Дата	АД до сессии	АД после сессии	Разница	Техника
03.03	158/95	142/88	-16/-7	КПТ
04.03	152/92	138/86	-14/-6	КПТ
05.03	148/90	135/84	-13/-6	ЭОТ
06.03	145/89	132/83	-13/-6	КПТ
07.03	142/88	130/82	-12/-6	ЭОТ
10.03	140/87	129/81	-11/-6	КПТ
11.03	138/86	128/80	-10/-6	КПТ
12.03	136/85	127/80	-9/-5	ЭОТ
13.03	135/84	126/79	-9/-5	КПТ
14.03	133/83	125/79	-8/-4	ЭОТ
17.03	132/84	124/78	-8/-6	КПТ

Средние показатели:

- Снижение систолического АД после сеанса: -11,2 мм рт.ст.
- Снижение диастолического АД после сеанса: -5,8 мм рт.ст.
- Общая динамика за период лечения: -34/-17 мм рт.ст.

Таблица 4

Лабораторные и инструментальные исследования в динамике

Параметр	03.03.2025 (День 0)	17.03.2025 (День 14)	Референсные значения
ОАК			
Гемоглобин	136 г/л	134 г/л	120-150 г/л
Лейкоциты	$8,7 \times 10^9/\text{л}$	$6,2 \times 10^9/\text{л}$	$4-9 \times 10^9/\text{л}$
Тромбоциты	$272 \times 10^9/\text{л}$	$285 \times 10^9/\text{л}$	$150-400 \times 10^9/\text{л}$
СОЭ	14 мм/ч	8 мм/ч	до 20 мм/ч
Биохимия			
Общий холестерин	6,3 ммоль/л	5,4 ммоль/л	<5,2 ммоль/л
ЛНП	4,2 ммоль/л	3,3 ммоль/л	<3,0 ммоль/л
Глюкоза	5,9 ммоль/л	5,1 ммоль/л	3,9-6,1 ммоль/л
Кортизол	672 нмоль/л	412 нмоль/л	138-635 нмоль/л
ОАМ			
Белок	отр.	отр.	отр.
Глюкоза	отр.	отр.	отр.
Лейкоциты	2-3 в п/зр	1-2 в п/зр	до 5 в п/зр
ЭКГ	Признаки ГЛЖ, отклонение ЭОС влево	ГЛЖ, отклонение ЭОС влево	
СМАД	Среднее АД 145/92 мм рт.ст.,	Среднее АД 128/82 мм рт.ст.,	
ЭхоКГ	ММЛЖ 127 г/м ² ,	ММЛЖ 118 г/м ² ,	

Таблица 5

Динамика показателей в условиях эмоционально-образной терапии (ЭОТ)

Дата сеанса ЭОТ	Техника ЭОТ	АД до сеанса	АД после сеанса	АД	Психологическое состояние до сеанса (по ВАШ 0-10)	Психологическое состояние после сеанса (по ВАШ 0-10)
05.03.2025	"Безопасное место"	148/90	135/84	-13/-6	8	4
07.03.2025	"Диалог с симптомом"	142/88	130/82	-12/-6	7	3
12.03.2025	"Образ напряжения"	136/85	127/80	-9/-5	6	2
14.03.2025	"Исцеляющий образ"	133/83	125/79	-8/-4	5	1

Таблицы 6-8

Расшифровка СМАД

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД)

Параметр	03.03.2025 (День 0)	17.03.2025 (День 14)	Динамика
Среднее дневное АД	155/96 мм рт.ст.	132/84 мм рт.ст.	↓ 23/12 мм рт.ст.
Среднее ночное АД	142/88 мм рт.ст.	118/74 мм рт.ст.	↓ 24/14 мм рт.ст.
Среднее суточное АД	145/92 мм рт.ст.	128/82 мм рт.ст.	↓ 22/11 мм рт.ст.
Индекс времени гипертензии	75%	22%	↓ 53%
Суточный индекс	8,5% (non-dipper)	12,8% (dipper)	Нормализация
Вариабельность систолического АД	18 мм рт.ст.	11 мм рт.ст.	↓ 39%
Вариабельность диастолического АД	12 мм рт.ст.	8 мм рт.ст.	↓ 33%

Профиль АД: дневные часы (08:00-22:00)

Параметр	03.03.2025	17.03.2025	Динамика
Среднее АД	155/96 мм рт.ст.	132/84 мм рт.ст.	↓ 23/12 мм рт.ст.
Максимальное АД	178/110 мм рт.ст.	148/92 мм рт.ст.	↓ 30/18 мм рт.ст.
Минимальное АД	132/82 мм рт.ст.	118/74 мм рт.ст.	↓ 14/8 мм рт.ст.
ИВ систолического АД	78%	25%	↓ 53%
ИВ диастолического АД	72%	18%	↓ 54%

Профиль АД: ночные часы (22:00-08:00)

Параметр	03.03.2025	17.03.2025	Динамика
Среднее АД	142/88 мм рт.ст.	118/74 мм рт.ст.	↓ 24/14 мм рт.ст.
Максимальное АД	158/98 мм рт.ст.	128/82 мм рт.ст.	↓ 30/16 мм рт.ст.
Минимальное АД	128/78 мм рт.ст.	108/68 мм рт.ст.	↓ 20/10 мм рт.ст.
ИВ систолического АД	65%	15%	↓ 50%
ИВ диастолического АД	58%	10%	↓ 48%

Дифференциальная диагностика

Многокомпонентная клиническая картина, включающая тревожную симптоматику, вегетативные нарушения (лабильность АД, тахикардию, гипергидроз) и аффективные расстройства, потребовала проведения тщательной дифференциальной диагностики с рядом расстройств непсихотического типа [2, 9].

Дифференциальная диагностика с паническим расстройством (F41.0) проводилась ввиду наличия у пациентки эпизодов, сопровождающихся ощущением сердцебиения, нехватки воздуха, дрожи, страха, что в момент криза могло имитировать паническую атаку. Общим для обоих состояний представляет собой также высокий уровень коморбидной тревоги [9].

В пользу установленного диагноза (ГТР) у данной пациентки свидетельствует отсутствие аутохтонных, пароксизмально возникающих, неспровоцированных панических атак, достигающих своего пика в течение нескольких минут. Ощущение "сердцебиения" и "нехватки воздуха" носили не пароксизмальный, а персистирующий характер и были четко связаны с повышением АД или волнением. Ведущей в кли-

нической картине была не страх повторения атак, а хроническая, генерализованная, "свободно плавающая" тревога, руминации и беспокойство о множестве ежедневных событий (здоровье матери, успеваемость детей, финансовое благополучие семьи), что представляет собой ядерной симптоматикой ГТР [9].

Заключение: симптомы, имитирующие панические атаки, у пациентки носят вторичный характер и являются следствием гипертонических кризов и генерализованной тревоги, а не первичным пароксизмальным расстройством [2, 9].

Дифференциальная диагностика с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (F45.3) проводилась в связи с яркими и доминирующими в жалобах пациентки вегетативными нарушениями (лабильность АД, тахикардия, гипергидроз, "внутренняя дрожь"), которые могли быть расценены как проявление нарушения нейрогуморальной регуляции [2].

В пользу установленного диагноза свидетельствует наличие объективно подтвержденного органического заболевания — гипертонической болезни с гипертрофией миокарда, которое полностью объясняет

соматические симптомы. Тревога и вегетативная лабильность выступают здесь как фактор, отягощающий течение подтвержденной соматической патологии, а не как ее единственная причина. Жалобы пациентки конкретны и сфокусированы на реальной, а не ипохондрической угрозе (обоснованный страх осложнений АГ, а не убежденность в наличии недиагностированной редкой болезни) [2, 3].

Заключение: вегетативные симптомы являются коморбидными по отношению к гипертонической болезни и тревожному расстройству, а не проявлением.

Дифференциальная диагностика с расстройством личности (F60), в частности с тревожным (избегающим) и зависимым расстройством личности, проводилась ввиду длительного, хронического характера тревожности, перфекционизма, ощущения напряженности и озабоченности, которые отмечались у пациентки и до текущей декомпенсации [9].

В пользу установленного диагноза свидетельствует четкая временная связь значительного ухудшения состояния с объективным, сверхсильным психотравмирующим событием (тяжелая болезнь матери с инвалидизирующими последствиями). Высокий уровень функционирования пациентки в прошлом (успешная профессиональная карьера длительностью 18 лет, создание и поддержание семьи) противоречит диагнозу расстройства личности, для которого характерна тотальность нарушений, затрагивающая все сферы жизни и проявляющаяся с раннего взрослого возраста. Личностные черты (тревожность, мнительность) рассматриваются как преморбидный фон, повышающий уязвимость к развитию тревожного расстройства, а не как самостоятельная патология [9].

Заключение: диагностические критерии расстройства личности не выполняются. Изменения носят характер аутохтонного тревожного расстройства, декомпенсированного на личностной почве под воздействием тяжелого стресса.

Дифференциальная диагностика с депрессивным эпизодом (F32) проводилась ввиду наличия в клинической картине сниженного настроения, ангедонии (чувство нереализованности, уменьшение социальной активности), нарушений сна, плаксивости и чувства усталости [10, 11].

В пользу установленного диагноза свидетельствует тот факт, что уменьшение настроения и ангедония носят вторичный, реактивный характер и полностью зависят от динамики тревожных переживаний. Ядро клинической картины составляет именно тревога,

а не депрессивный аффект. Ангедония связана не с утратой способности получать удовольствие вообще, а с поглощенностью проблемами и отсутствием времени на себя. Отсутствуют суточные колебания настроения, идеи вины или самоуничтожения, психомоторная заторможенность, что нехарактерно для классического депрессивного эпизода [10, 11].

Заключение: депрессивная симптоматика представляет собой часть структуры смешанного тревожно-депрессивного состояния в рамках генерализованного тревожного расстройства и расстройства адаптации, а не самостоятельным депрессивным эпизодом.

Окончательный диагноз Генерализованное тревожное расстройство (F41.1) и Расстройство адаптации с тревожным настроением (F43.22) был установлен на основании критериев МКБ-10: наличие первичной, генерализованной тревоги, длящейся более нескольких месяцев, проявляющейся в виде беспокойства, двигательного напряжения (суетливость, головные боли) и вегетативной гиперактивности, возникшей и декомпенсированной в условиях идентифицируемого психосоциального стрессора чрезвычайной силы. Соматизированные симптомы являются вторичными по отношению к тревоге и подтвержденной соматической патологией (АГ) [3, 9].

Динамика

На фоне комплексной терапии, включающей соблюдение гипотензивного режима (сохранение доз периндоприла и амлодипина), кратковременное назначение анксиолитика и курс психотерапии, к 5-7 дню наблюдения достигнута положительная динамика.

Соматическое состояние: Отмечалась устойчивая стабилизация гемодинамических показателей. К 10.03.2025 г. достигнута целевая стабилизация АД на цифрах 125-130/80-85 мм рт.ст. в состоянии покоя. Частота сердечных сокращений снизилась до 72-75 уд/мин. Самочувствие пациентки улучшилось: купировались головные боли, ощущение сердцебиения и "внутренней дрожи".

Психический статус: Оставался стабильным в условиях продолжающейся психотерапии. Отмечалась редукция тревожной симптоматики: снизилась суетливость, уменьшилась фиксация на ипохондрических переживаниях и состоянии здоровья матери. Пациентка стала отмечать возможность контролировать тревогу с помощью освоенных техник релаксации. Нарушения сна значительно уменьшились: время засыпания сократилось, ночные пробуждения стали редкими. Усиления депрессивной симптоматики или суицидальных мыслей не наблюдалось.

Данные контрольного психодиагностического обследования (от 17.03.2025)
свидетельствуют о положительной динамике:

Параметр	03.03.2025 (День 0)	17.03.2025 (День 14)	Динамика	Интерпретация
Шкала тревоги Гамильтона (HARS)	25 баллов	14 баллов	↓ 11 баллов (44%)	Переход от умеренной (клинически значимой) к легкой (субклинической) степени тревоги
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	14 баллов	7 баллов	↓ 7 баллов (50%)	Нормализация показателей (тревога 4 балла, депрессия 3 балла — значения в пределах нормы)
Субшкала тревоги (HADS-A)	9 баллов	4 балла	↓ 5 баллов (56%)	Исчезновение клинически значимой тревоги
Субшкала депрессии (HADS-D)	5 баллов	3 балла	↓ 2 балла (40%)	Сохранение показателей в пределах нормы
Шкала суицидальных мыслей (SSI)	10 баллов	2 балла	↓ 8 баллов (80%)	Снижение до минимального пассивного уровня суицидальности
Опросник MBI (эмоциональное истощение)	38 баллов	22 балла	↓ 16 баллов (42%)	Значительное снижение уровня профессионального выгорания

В заключительный день наблюдения 17.03.2025 пациентка отправлена на амбулаторное наблюдение в удовлетворительном состоянии с рекомендациями продолжить гипотензивную терапию, соблюдать диету и продолжить сеансы когнитивно-поведенческой терапии для закрепления достигнутого эффекта и профилактики рецидивов.

Обсуждение

Представленный клинический случай пациентки Ж., 46 лет, представляет собой наглядной иллюстрацией комплексного взаимодействия соматической и психической патологии, где психоэмоциональные нарушения выступают не просто как коморбидные, а как ключевой фактор декомпенсации и резистентности соматического заболевания.

С одной стороны, у пациентки имеется объективно подтвержденная органическая патология: гипертоническая болезнь II стадии с гипертрофией миокарда левого желудочка. Выявленные по данным ЭКГ нарушения ритма (желудочковая экстрасистолия) и проводимости (неполная блокада правой ножки пучка Гиса) являются закономерным осложнением длительно существующей артериальной гипертензии и структурного ремоделирования миокарда. С другой стороны, стандартная гипотензивная терапия (ингибитор АПФ + блокатор кальциевых каналов) демонстрировала неполную и нестабильную эффективность, что свидетельствовало о наличии мощного дополнительного прессорного фактора. Таким фактором выступило генерализованное тревожное расстройство, усугубленное состоянием хронического стресса и синдромом эмоционального выгорания. Важно отметить, что тревожное расстройство могло вносить дополнительный вклад в генез аритмий через дисфункцию вегетативной нервной системы с преобладанием симпатикотонии, что является известным проаритмогенным фактором.

Патогенез устойчивой артериальной гипертензии в данном случае, вероятно, носит мультифакторный

характер: хроническая активация симпатоадреналовой системы в условиях постоянной тревоги приводит к стойкой вазоконстрикции, увеличению общего периферического сосудистого сопротивления и увеличению частоты сердечных сокращений, что нивелирует эффект базовой гипотензивной терапии.

Ключевым диагностическим аспектом стала дифференциация ГТР от панического и соматоформного расстройства. Доминирование персистирующей, "свободно плавающей" тревоги и руминации над пароксизмальными вегетативными кризами, а также наличие реального соматического заболевания, объясняющего вегетативные симптомы, позволили верифицировать диагноз F41.1.

Успех терапии был достигнут за счет интегративного подхода, направленного на оба компонента заболевания:

Интенсификация соматической терапии: Увеличение доз гипотензивных препаратов позволило добиться целевых значений АД после снижения их антагонизирующего влияния со стороны тревоги.

- Купирование тревожной симптоматики: Кратковременное назначение бензодиазепинового анксиолитика и старт терапии седативным нейролептиком (Тералиджен) обеспечили быстрое уменьшение вегетативной гиперактивности и улучшение сна, создав "терапевтическое окно" для работы психотерапевта.

- Психотерапевтическая коррекция: Курс когнитивно-поведенческой терапии был направлен на разрушение патологических когнитивных схем (катастрофизация, перфекционизм) и обучение навыкам саморегуляции, что представляет собой основу для формирования долгосрочной ремиссии и повышения стрессоустойчивости.

- Положительная динамика как в отношении нормализации артериального давления, так и в редукции аритмических проявлений после курса комплексной терапии подтверждает тесную патогенетическую взаимосвязь между психоэмоциональным статусом, гипертензией и нарушениями сердечного ритма.

Данное наблюдение подчеркивает, что у пациентов с резистентной артериальной гипертензией и отягощенным психоэмоциональным статусом необходим активный скрининг на тревожные расстройства с использованием шкал (HADS, HARS). Особое внимание следует уделять пациентам с нарушениями ритма сердца, которые могут иметь смешанный генез (как органический, так и психогенный). Игнорирование психологического компонента болезни обрекает соматическую терапию на неудачу.

Заключение

У пациентов с резистентной артериальной гипертензией и коморбидной тревожной симптоматикой необходим мультидисциплинарный подход с обязательным участием врача-психотерапевта.

1. Диагностика должна включать в себя не только стандартное кардиологическое обследование, но и обязательную оценку психоэмоционального статуса для выявления тревожных и аффективных расстройств.

2. Оптимальная тактика ведения таких пациентов заключается в одновременной интенсивной коррек-

ции как соматического, так и психического состояния. Фармакотерапия (стабильной антигипертензивной терапией (периндоприл 5 мг и амлодипин 5 мг) + назначение анксиолитиков) обеспечивает быструю стабилизацию состояния, в то время как психотерапия направлена на устранение глубинных причин декомпенсации и обеспечивает долгосрочный эффект.

3. Своевременное выявление и лечение тревожного расстройства представляет собой неотъемлемой частью успешного контроля артериальной гипертензии и профилактики ее осложнений, позволяя значительно повысить качество жизни пациента и эффективность проводимой соматической терапии.

Информированное добровольное согласие

От пациентки получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию анонимизированных данных клинического случая и результатов обследования (дата подписания 17.03.2025).

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

- Chazova IE, Zhernakova YuV, Oschepkova EV. Arterial Hypertension in Adults: Clinical Guidelines 2020. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2020;19(3):5-62. (In Russ.) Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В. Артериальная гипертензия у взрослых: клинические рекомендации 2020. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(3):5-62. doi:10.15829/1728-8800-2020-2639.
- Kiryuhina SV, Zhdanova YaV, Borisova AD, et al. Some Pathogenetic Mechanisms of the Development of Mental Disorders in Patients with Cardiovascular Pathology. Medicine and Biotechnology. 2025;1(2):140-53. (In Russ.) Кирюхина С.В., Жданова Я.В., Борисова А.Д. и др. Некоторые патогенетические механизмы развития психических расстройств у пациентов с кардиологической патологией. Медицина и биотехнология. 2025;1(2):140-53. doi:10.15507/3034-6231.001.202502.140-153.
- Ogedegbe G, Shah NR, Phillips C, Goldfeld K, Roy J, Brancati FL, et al. Comparative effectiveness of behavioral interventions for hypertension: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2014;174(4):620-629. doi:10.1001/jamainternmed.2014.377.
- Smirnova MD, Petrova MM, Ivanov AA, et al. Cognitive-Behavioral Therapy as a Method of Correcting Psychovegetative Disorders in Patients with Resistant Arterial Hypertension. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(3):45-52. (In Russ.) Смирнова М.Д., Петрова М.М., Иванов А.А. и др. Когнитивно-поведенческая терапия как метод коррекции психоэмоциональных расстройств у пациентов с резистентной артериальной гипертензией. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(3):45-52. doi:10.15829/1728-8800-2022-3186.
- Hoffman BM, Babyak MA, Sherwood A, et al. Effects of Affective Regulation and Mindfulness on Blood Pressure: Findings from the HARMONY Randomized Controlled Trial. Psychosomatic Medicine. 2021;83(5):441-8. doi:10.1097/PSY.0000000000000856.
- Zaytseva IA, Evdokimov VV, Rogozha AN, et al. Long-Term Effects of a Short-Term Cognitive-Behavioral Intervention on Blood Pressure Control and Adherence to Treatment in Patients with Hypertension: A 12-Month Follow-Up. Systemic Hypertension. 2020;17(4):32-8. (In Russ.) Зайцева И.А., Евдокимов В.В., Рогоза А.Н. и др. Долгосрочные эффекты краткосрочного когнитивно-поведенческого вмешательства на контроль артериального давления и приверженность лечению у пациентов с гипертонией: 12-месячное наблюдение. Системные гипертензии. 2020;17(4):32-8. doi:10.26442/2075082X.2020.4.200512.
- Voronina EA, Kalinina AM, Agapitov LI, et al. The Role of Psychotherapy in the Management of Patients with Cardiovascular Diseases: Focus on Blood Pressure Variability and Emotional State. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2023;19(2):211-9. (In Russ.) Воронина Е.А., Калинина А.М., Агапитов Л.И. и др. Роль психотерапии в ведении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: фокус на вариабельность артериального давления и эмоциональное состояние. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2023;19(2):211-9. doi:10.20996/1819-6446-2023-2910.
- Yakushina OV, Gorbunova AV, Karavaeva EN, et al. Integrative Psychotherapy in the Rehabilitation of Patients with Hypertension and Comorbid Anxiety-Depressive Disorder (A Clinical Case). Bulletin of Rehabilitation Medicine. 2024;23(1):78-87. (In Russ.) Якушина О.В., Горбунова А.В., Караваева Е.Н. и др. Интегративная психотерапия в реабилитации пациентов с гипертонической болезнью и коморбидным тревожно-депрессивным расстройством (клинический случай). Вестник восстановительной медицины. 2024;23(1):78-87. doi:10.38025/2078-1962-2024-23-1-78-87.
- Celano CM, Villegas AC, Albanese AM, et al. Depression and Anxiety in Heart Failure: A Review. Harvard Review of Psychiatry. 2018;26(4):175-84. doi:10.1097/HRP.0000000000000162.
- Levine GN, Cohen BE, Comodore-Mensah Y, et al. Psychological and Pharmacological Interventions for Depression in Patients with Heart Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation. 2024;149(10):654-78. doi:10.1161/CIR.0000000000001187.
- Kretschy IA, Osafo J, Agyemang SA, et al. Psychological interventions for hypertension management: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of Human Hypertension. 2021;35(3):215-31. doi:10.1038/s41371-020-00426-y.