

Психологические особенности больных стрессиндуцированной артериальной гипертонией: нарушение регуляции эмоций как центральное звено патогенеза

Е.И.Первичко^{✉1}, О.Д.Остроумова^{2,3}, Ю.П.Зинченко¹

¹ФГБОУ ВПО Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова. 125009, Россия, Москва, ул. Моховая, д. 11, стр. 9;

²ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова Минздрава России. 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1;

³ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России. 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Статья посвящена вопросу о роли нарушения регуляции эмоций в патогенезе артериальной гипертонии (АГ). Подробно рассмотрены разные стратегии регуляции эмоций. Приведены данные эксперимента по моделированию эмоциональной нагрузки, который позволил выявить, что в стрессовой ситуации пациенты с так называемой «гипертонией на рабочем месте» как по психологическим, так и по физиологическим особенностям отличаются от здоровых лиц и от больных «классической» АГ. Показано, что больные «гипертонией на рабочем месте» прибегают к репрессии эмоций, а выбираемые ими стратегии регуляции эмоций являются неэффективными в преодолении эмоциональной напряженности, создают условия для хронизации повышенного артериального давления и могут рассматриваться в качестве центральных звеньев патогенеза АГ.

Ключевые слова: артериальная гипертония, эмоциональный стресс, регуляция эмоций, стратегии регуляции эмоций, эмоциональная напряженность.

✉elena_pervichko@mail.ru

Для цитирования: Первичко Е.И., Остроумова О.Д., Зинченко Ю.П. Психологические особенности больных стрессиндуцированной артериальной гипертонией: нарушение регуляции эмоций как центральное звено патогенеза. Consilium Medicum. 2016; 18 (10): 98–105.

Psychological characteristics of patients with stress-induced arterial hypertension: emotion dysregulation is the central component in the pathogenesis

E.I.Pervichko^{✉1}, O.D.Ostroumova^{2,3}, Yu.P.Zinchenko¹

¹M.V.Lomonosov Moscow State University. 125009, Russian Federation, Moscow, ul. Mokhovaia, d. 11, str. 9;

²A.I.Evdokimov Moscow State Medical and Dental University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 127473, Russian Federation, Moscow, ul. Delegatskaia, d. 20, str. 1;

³I.M.Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 119991, Russian Federation, Moscow, ul. Trubetskaia, d. 8, str. 2

The article deals with the role of emotion dysregulation in the pathogenesis of hypertension. We discussed in detail various strategies to regulate emotions. We showed the data of the experiment on modelling the emotional load and revealed that the "stressful" situations in patients with so-called "hypertension at the workplace" differ from healthy individuals and patients with the "classic" arterial hypertension in a variety of psychological and physiological characteristics. We showed that patients with "hypertension at the workplace" repressed emotions and the emotion regulation strategies were ineffective in overcoming psychic tension and created the conditions for chronization of high BP and could be considered as the central parts of pathogenesis of arterial hypertension.

Key words: arterial hypertension, emotional stress, emotion regulation, strategies to regulate emotions, psychic tension.

✉elena_pervichko@mail.ru

For citation: Pervichko E.I., Ostroumova O.D., Zinchenko Yu.P. Psychological characteristics of patients with stress-induced arterial hypertension: emotion dysregulation is the central component in the pathogenesis. Consilium Medicum. 2016; 18 (10): 98–105.

Эссенциальная артериальная гипертония (ЭАГ) и связанные с ней осложнения остаются одной из основных проблем современной медицины. Сочетание медицинских, социальных, психологических и экономических аспектов требует разработки концептуальных моделей диагностики, позволяющих максимально полно выделять и учитывать факторы и механизмы патогенеза АГ для разработки более эффективных методов лечения.

В последние годы отмечается устойчивая тенденция к повышению частоты АГ у лиц молодого и среднего возраста, особенно у мужчин [1, 2]. Это связывают с широким распространением стресса в жизни современного общества и подверженностью ему наиболее активной трудоспособной части населения. В настоящее время выявляется все больше больных, у которых значения артериального давления (АД) на работе оказываются выше значений, обнаруженных в нерабочее время. Такая форма ЭАГ получила название «гипертония на рабочем месте» [3]. «Гипертония на рабочем месте» сегодня признана одной из наиболее часто встречающихся форм стрессиндуцированной гипертонии [4, 5]. Необходимость ранней диагностики и лечения, а также профилактики стрессиндуцированной гипертонии определяет возрождение ин-

тереса к психологическим моделям психосоматического синдрома патогенеза [6, 7].

В последние годы все больше доказательств получает положение о значимости психологических факторов в патогенезе АГ: прежде всего подчеркивается роль эмоций и, как правило, указывается на неспособность пациентов к их регуляции [7, 8]. Это аргументирует актуальность дальнейшего изучения данного вопроса.

Одновременно необходимо отметить высокую актуальность проблемы регуляции эмоций на современном этапе развития научного знания. Это обусловлено возрастанием стрессогенности современного общества, неуклонным ростом не только психосоматических, но и депрессивных и тревожных расстройств [9–11]. При этом повышается значимость расширения представлений о психологических детерминантах и механизмах, обеспечивающих возможность эффективной регуляции эмоций для оптимизации адаптационных процессов.

Эмоции являются одним из наиболее сложных для изучения классов психических явлений. Наиболее часто эмоции определяются как «психическое отражение в форме непосредственного пристрастного переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, обусловленного от-

Таблица 1. Средние значения показателей АД до и после эксперимента (M±SD)

Показатели АД, мм рт. ст.	«Гипертония на рабочем месте» (n=85)	«Классическая» ЭАГ (n=85)	Здоровые лица (n=82)
САД до эксперимента	141,0±3,5*	149,0±3,8*	127,0±3,5
САД после эксперимента	157,1±4,1*	153,1±4,0*	130,0±1,3
ΔСАД	16,1±1,9#	4,1±0,7	3,0±0,8
ДАД до эксперимента	92,8±2,0*	98,9±2,4*	82,7±3
ДАД после эксперимента	97,3±2,9	101,3±2,8*	84,8±2,9
ΔДАД	4,5±0,7^	2,4±0,5	2,1±0,9

* $p < 0,001$ по сравнению с контрольной группой; # $p < 0,01$ по сравнению с контрольной группой и группой больных «классической» ЭАГ; ^ $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой и группой больных «классической» ЭАГ. ДАД – диастолическое АД.

ношением их объективных свойств к потребностям субъекта» [12]. В исследованиях последних лет сформировалось представление о регуляции эмоций как о совокупности осознаваемых и неосознаваемых психических процессов, усиливающих, ослабляющих, модифицирующих, перенаправляющих либо удерживающих на одном уровне качество и интенсивность эмоциональных реакций человека для того, чтобы позволить ему адаптивно функционировать в эмоционально значимых ситуациях [13–15].

Исходя из изложенного нами проведено исследование, целью которого было изучение особенностей регуляции эмоций у пациентов с «гипертонией на рабочем месте» и «классической» АГ в сравнении со здоровыми лицами. В исследовании приняли участие 170 нелеченных больных с гипертонической болезнью II стадии, 1–2-й степени в возрасте 32–52 лет. В их числе 85 пациентов с «гипертонией на рабочем месте» (средний возраст 44,7±4,3 года) и 85 больных «классической» ЭАГ (средний возраст 47,4±4,5 года). Длительность АГ у больных в среднем составила 7,2±2,6 года и была сопоставима в обеих группах. В качестве контрольной группы выступили 82 здоровых человека (средний возраст 44,9±3,1 года).

Для изучения особенностей регуляции эмоций и изменения АД в процессе эмоциональной нагрузки был разработан специальный психологический диагностический комплекс, состоящий из двух частей. На первом этапе мы проводили моделирование ситуации эмоциональной напряженности (эксперимент с эмоциональной нагрузкой). С этой целью использовали специальную процедуру оценки уровня притязаний [16]: участникам предлагали для решения 12 задач, пронумерованных в порядке возрастания сложности (номер 1 соответствовал наиболее простой задаче, номер 12 – самой сложной), о чем были проинформированы испытуемые. Участникам исследования предлагали выбрать и решить любые из них в произвольном порядке. Для усиления стрессового характера ситуации вводили ограничения времени решения заданий. С позиций психологии оценивали, задачи какой сложности будет выбирать испытуемый и как он будет менять выбор задач в зависимости от успешности или неуспешности решения предыдущей, что, собственно, и характеризует уровень притязаний. До и после эксперимента оценивали уровни

АД и ситуационной тревожности по шкале Спилберга–Ханина [17]. Процедура проведения эксперимента фиксировалась на видео для последующей оценки показателей невербальной активности испытуемых (мимика, жесты, смена поз, изменение интонации голоса).

Результаты эксперимента с эмоциональной нагрузкой. Анализ значений АД показал, что после завершения эксперимента повышение АД наблюдалось во всех трех группах (табл. 1), однако в группе больных «гипертонией на рабочем месте» рост АД в процессе эмоциональной нагрузки, особенно систолического (САД), был максимальным, что достоверно отличало их как от здоровых лиц, так и от больных «классической» ЭАГ.

Исследование уровня ситуационной тревожности выявило, что для большинства пациентов с «гипертонией на рабочем месте», в отличие от здоровых лиц и от пациентов с «классической» ЭАГ, характерно преимущественное снижение уровня тревоги по окончании эксперимента (63,5% случаев; $p < 0,001$). Можно предположить, что в этом случае речь, по-видимому, идет о подавлении и вытеснении больными «гипертонией на рабочем месте» существующей у них тревоги. Учитывая, что уровень САД у них при этом повышался в достоверно большей степени по сравнению с испытуемыми из двух других групп, можно говорить о значительно больших негативных физиологических последствиях такого подавления тревоги.

Анализ особенностей уровня притязаний показал, что здоровые лица в нашем исследовании в основном (в 63,4% случаев) демонстрируют средний по высоте, достаточно устойчивый и адекватный уровень притязаний (табл. 2). То есть в процессе проведения эксперимента они проявляют адекватные гибкие реакции на успех/неуспех – корректируют выбор следующего задания с учетом результативности выполнения предыдущего (ориентируясь на номер задачи, выбирают более сложные задания в случае успешного решения более легкого предыдущего и, наоборот, выбирают задание несколько более легкое в случае, если они не смогли решить предыдущее более сложное).

В группе пациентов с «гипертонией на рабочем месте» наиболее часто встречается заниженный уровень притязаний (большинство выбранных задач относилось к категории легких – номера заданий 1–6), что достоверно отличает их от

Таблица 2. Частота встречаемости типичных стратегий уровня притязаний у обследованных лиц (число человек, %).

Тип уровня притязаний	«Гипертония на рабочем месте» (n=85)		«Классическая» ЭАГ (n=85)		Здоровые лица (n=82)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Несформированный	18	21,2*#	10	11,8*	3	3,7
Заниженный ригидный	29	34,1*#	17	20,0	12	14,6
Неустойчивый	23	27,1*	33	38,8*	15	18,3
Адекватный устойчивый	15	17,6*#	25	29,4*	52	63,4

*Различия достоверны ($p < 0,001$) при сравнении с контрольной группой; #различия достоверны ($p < 0,05$) при сравнении с группой «классической» ЭАГ.

Таблица 3. Средние значения показателей невербальной активности в ходе эксперимента (абсолютные величины, $M \pm SD$)

Показатели невербальной активности	«Гипертония на рабочем месте» (n=85)	«Классическая» ЭАГ (n=85)	Здоровые лица (n=82)
Жесты	18,3±2,8*	21,6±2,9	15,5±1,5
Позы	10,1±2,6*	7,3±2,6	6,0±0,8
Мимика	15,3±2,7	12,4±1,1	13,4±2,2
Изменения тона голоса	12,9±1,3*	7,2±1,2	4,4±0,8
Всего	56,6±5,2*	48,5±4,1	39,3±3,1

*Различия достоверны ($p < 0,05$) при сравнении с контрольной группой и группой «классической» ЭАГ.

здоровых лиц и пациентов с «классической» АГ (см. табл. 2). Кроме того, у 21,2% пациентов с «гипертонией на рабочем месте» уровень притязаний не удалось сформировать: при выборе задач для решения они предпочли стратегию формальных ответов (выбирали задачи от 1 до последнего задания по возрастанию), отказываясь от демонстрации реальных притязаний. Оба этих феномена свидетельствует о том, что у больных «гипертонией на рабочем месте» на первый план в структуре мотивации выходит мотив «избегания неудач». Такая стратегия поведения негативно влияет на самооценку человека, что, в свою очередь, приводит к возникновению и/или повышению эмоциональной напряженности и, как следствие, стойкому повышению АД. У пациентов с «классической» АГ наиболее часто выявляется неустойчивый уровень притязаний (выбор заданий «хаотичен» и не зависит от успеха или неуспеха решения предыдущих); см. табл. 2.

Анализ показателей невербальной активности (жесты, позы, мимика, изменение тона голоса) участников исследования в процессе эксперимента с эмоциональной нагрузкой показал, что у больных «гипертонией на рабочем месте» общее количество невербальных проявлений (и особенно количество изменений тона голоса) было достоверно больше по сравнению со здоровыми лицами и больными «классической» АГ, что свидетельствует о их повышенной эмоциональности (табл. 3).

Таким образом, проведенный эксперимент по моделированию эмоциональной нагрузки позволил выявить, что в «стрессовой» ситуации пациенты с «гипертонией на рабочем месте» как по психологическим, так и по физиологическим особенностям отличаются от здоровых лиц и больных «классической» АГ. Для них характерны:

- более выраженный прирост АД в процессе смоделированного эмоционального стресса;
- попытка подавления тревоги;
- доминирование мотивации «избегания неудач»;
- большая эмоциональность.

Наличие выявленных особенностей диктует необходимость изучения стратегий регуляции эмоций у больных стрессиндуцированной АГ и психологических механизмов, лежащих в основе этих и психологических. Данный вопрос был посвящена вторая часть исследования.

На втором этапе использован модифицированный нами вариант теста Розенцвейга [18, 19]. Участникам предлагали

набор из 24 карт (примеры на рис. 1). Из них 16 – это так называемые ситуации препятствия (рис. 1, а), а 8 – ситуации обвинения (считаются более эмоционально насыщенными; рис. 1, б, в). Испытуемые должны были выбрать из предложенного набора те ситуации, которые являются для них наиболее травмирующими. Также им предоставляли специальный набор так называемых эмоциональных дескрипторов (набор слов, используемых для описания эмоциональных явлений: гнев, страх, удивление, радость и т.д.) и предлагали для каждой из выбранных ситуаций отобрать те дескрипторы (слова), которые наиболее точно описывают возникшие у них в этой ситуации эмоциональные переживания. Наконец, участники исследования должны были ответить на три вопроса: А – «Что бы вы ответили в данной ситуации?»; В – «Что бы вы при этом подумали?»; С – «Что надо было бы ответить, чтобы уменьшить травматическое значение ситуации?». При выполнении методики регистрировались следующие показатели:

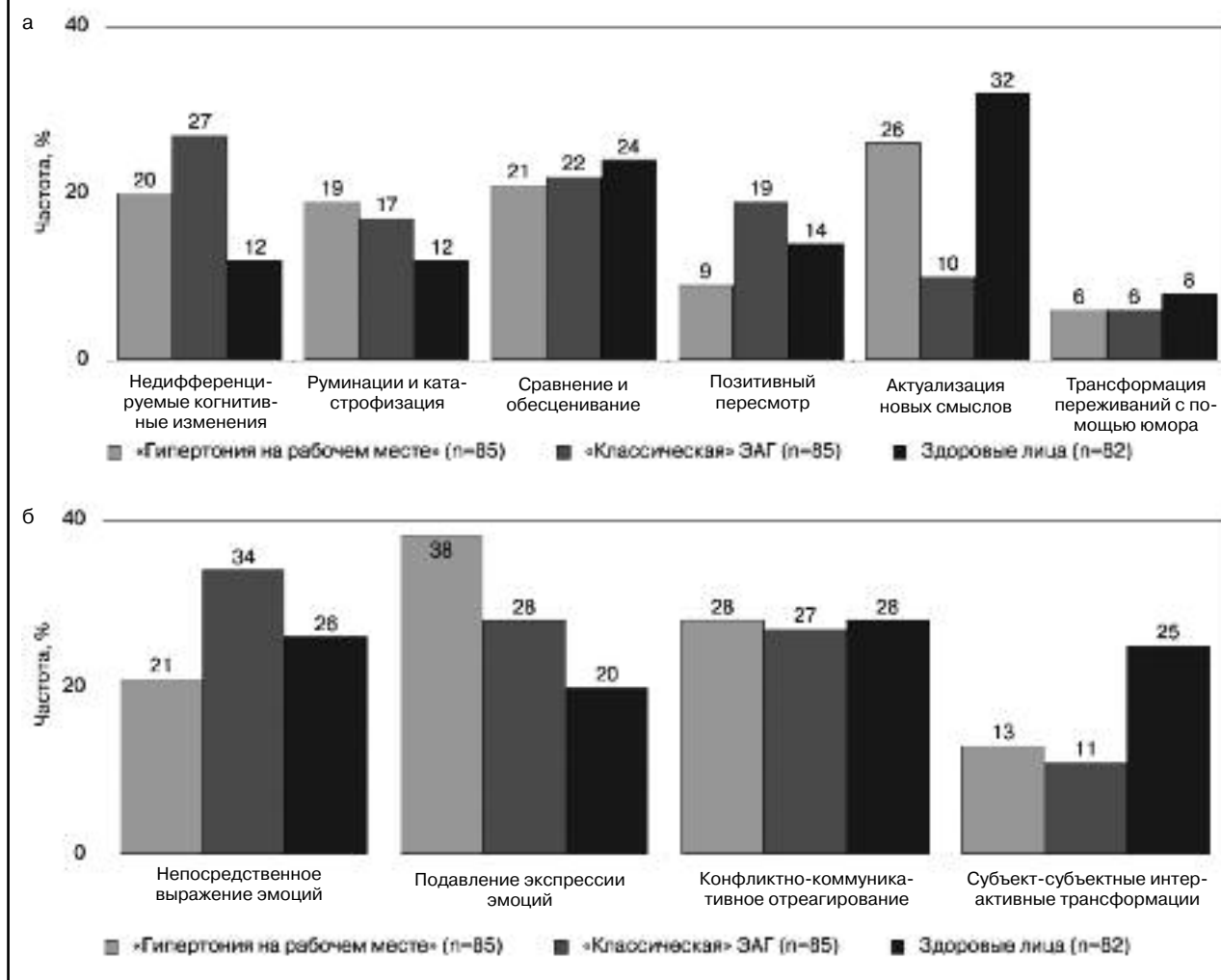
- 1) количество ситуаций, отнесенных участниками к разряду травмирующих;
- 2) количество и модальностные характеристики (радость, гнев, презрение, удивление и т.д.) выбранных эмоциональных дескрипторов;
- 3) частота использования различных стратегий регуляции эмоций в условиях инструкции А и инструкции С.

Результаты модифицированного теста Розенцвейга показали, что больные АГ обеих групп отличаются от здоровых лиц достоверно ($p < 0,05$) большим количеством выбранных эмоционально значимых ситуаций ($9,7 \pm 1,2$ в группе пациентов с «гипертонией на рабочем месте»; $9,4 \pm 2,0$ в группе больных «классической» АГ и $7,8 \pm 1,1$ в группе здоровых лиц). Кроме того, пациенты с «гипертонией на рабочем месте» выбирали большее ($p < 0,05$) количество дескрипторов для описания возникших переживаний ($11,0 \pm 2,2$), что отличало их не только от здоровых лиц ($7,0 \pm 1,6$), но и от больных «классической» АГ ($8,2 \pm 1,5$). Также анализ результатов показал, что к разряду травмирующих больные АГ обеих групп достоверно чаще, чем здоровые лица, относили эмоционально нейтральные ситуации из числа ситуаций препятствия (см. рис. 1, а). Количество выбранных ситуаций препятствия у здоровых лиц составило $3,5 \pm 1,2$, тогда как в группе больных «гипертонией на рабочем месте» – $6,7 \pm 1,1$ ($p < 0,001$ по сравнению со

Рис. 1. Тест Розенцвейга: примеры ситуаций: а – ситуация препятствия; б, в – ситуации обвинения.



Рис. 2. Стратегии регуляции эмоций при спонтанном отреагировании (инструкция А: «Что бы вы ответили») у обследованных лиц: а – интернальные; б – экстернальные.



здоровыми лицами) и в группе пациентов с «классической» АГ – $5,4 \pm 1,6$ ($p < 0,05$ по сравнению со здоровыми лицами).

И, напротив, пациенты с «гипертензией на рабочем месте» достоверно реже выбирали наиболее «эмоционально нагруженные» ситуации – ситуации обвинения (для примера – см. рис. 1, б, в). Так, в группе здоровых лиц частота встречаемости этого феномена составила 7,3%, в группе больных «классической» ЗАГ – 12,9%, а в группе пациентов с «гипертензией на рабочем месте» – 52,9% случаев (!).

Самым главным результатом второго этапа была оценка стратегий регуляции эмоций при разрешении эмоционально значимых ситуаций. Выделяют два класса стратегий регуляции эмоций:

- 1) интернальные;
- 2) экстернальные [19, 20].

Использование интернальных стратегий предполагает изменение человеком своего эмоционального состояния за счет мысленной переоценки ситуации. Экстернальные стратегии направлены на изменение экспрессивных характеристик (внешних проявлений) эмоций, тем самым на разрешение проблем коммуникации с другим человеком и, следовательно, опосредованно, на улучшение собственного эмоционального состояния.

Интернальные стратегии регуляции эмоций включают следующее [19, 20]:

1. **Руминация и катастрофизация:** обращение к мыслям, преувеличивающим негативные аспекты произошедшего, с неспособностью «отключиться» от них. Характерна склонность драматизировать ситуацию. Данная стратегия является малоэффективной.

2. **Сравнение и обесценивание:** обесценивание значимости события и/или нивелирование его травмирующего значения: «могло быть хуже» и т.п. Также является малоэффективной стратегией.

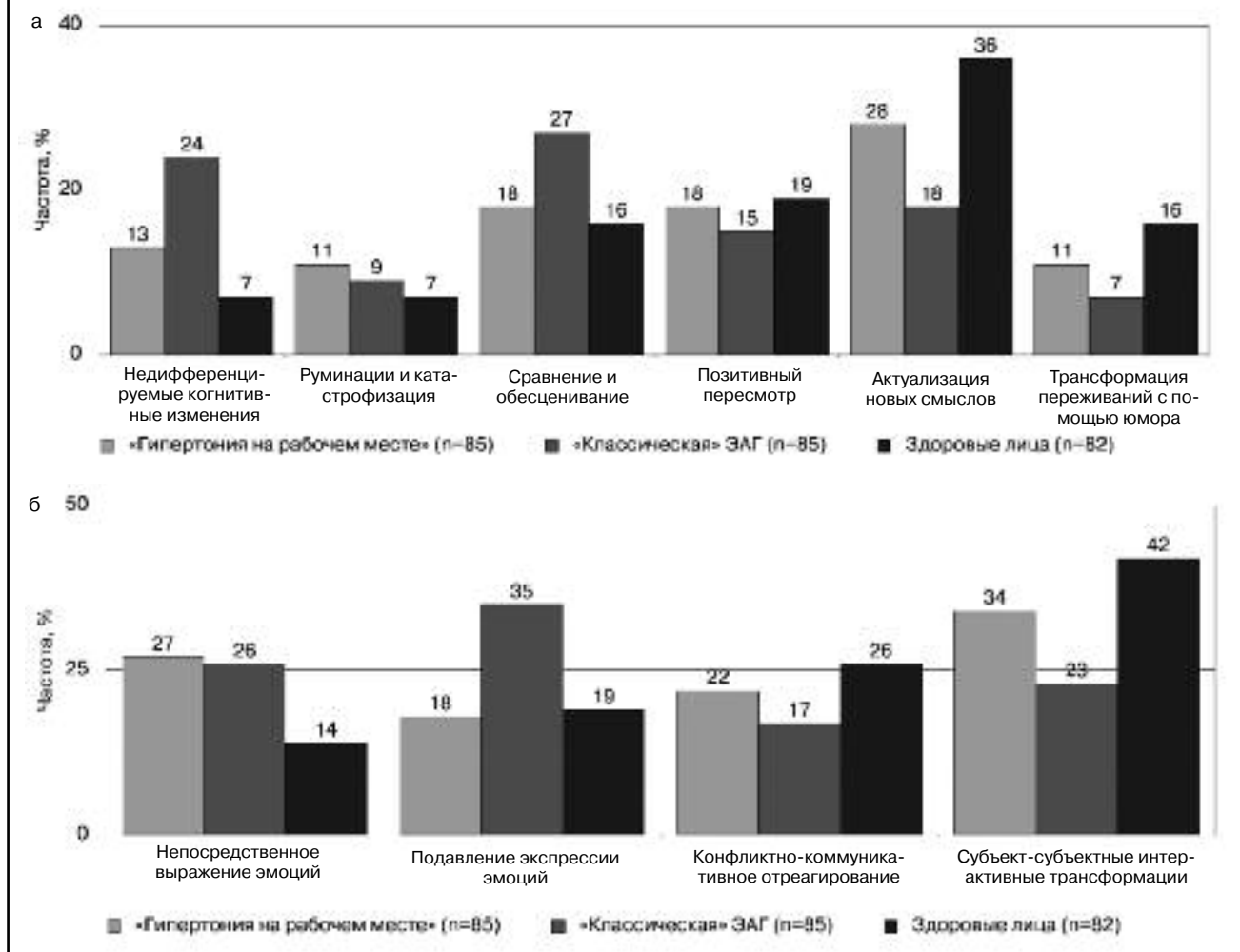
3. **Позитивный пересмотр:** характерна склонность к приписыванию положительного смысла сложившейся ситуации. Другими словами, речь идет о поиске позитивных сторон произошедших событий путем сверхобобщения, например: «посуда бьется к счастью». Стратегия средней эффективности.

4. **Последовательная актуализация новых личностных смыслов** – попытка наполнить ситуацию новым положительным смыслом. Например: «Может, мне и не надо было успеть на этот поезд? Будет повод зайти к Виктору, мы так давно не виделись. Так что все к лучшему». Высокоэффективная стратегия.

5. **Трансформация переживаний с помощью юмора и метафор:** человек демонстрирует возможность комически или трагикомически обобщить и заострить отношения и тем самым кардинально трансформировать переживания. Возникновение комического эффекта часто достигается за счет нарушения ожиданий партнера по общению или эффекта неожиданности: «Шутка! Я их не потерял! Вот они!» (о ключах); или: «Я потерял их специально, чтобы у нас было побольше времени побыть вдвоем...» (см. рис. 1, в). Высокоэффективная стратегия. Эффект регуляции эмоций при адекватном использовании этой стратегии выражен максимально.

К экстернальным стратегиям регуляции эмоций относят [19, 20]:

Рис. 3. Стратегии регуляции эмоций при произвольном отреагировании (инструкция С: «Как надо было ответить») у обследованных лиц: а – интернальные; б – экстернальные.



- 1. Непосредственное выражение эмоций.** Отсутствует расхождение в ответах по инструкциям А и В (ответил и подумал), имеет место совпадение вербального (что сказал словами) и невербального (как сказал – интонация, эмоциональная окраска произнесенных слов, мимика и т.п.) плана ответа. Например: «Да пошел ты!» – в гневной форме (без сарказма).
- 2. Подавление экспрессии эмоций:** человек контролирует внешние проявления эмоций (например, следит за своей мимикой, тембром голоса). Характерно наличие выраженного расхождения в ответах в условиях инструкций А и В (ответил и подумал). В большинстве случаев малоэффективная стратегия: нивелируется только экспрессивный компонент эмоции, а переживание эмоции сохраняется, что патогенно для здоровья.
- 3. Конфликтно-коммуникативное отреагирование.** Представляет собой определенным образом организованное эмоциональное воздействие на партнера по общению: человек пытается им управлять. Например, в социально приемлемой форме показать, что возникшая ситуация ему неприятна, путем вызова состояния дискомфорта у партнера по общению. «Тебе нужно худеть, ты такой неповоротливый!», «Всего хорошего, веселитесь!» (при этом тон, которым произносится фраза, а также мимика, жесты и поза человека не предвещают ничего хорошего). Такими способами можно снять открытый конфликт и попытаться избавиться от чувства вины. Стратегия средней эффективности.
- 4. Стратегия субъект-субъектных интерактивных трансформаций** является высокоэффективной. При использовании этой стратегии достигается максимальный

эффект как в отношении снятия социального напряжения ситуации, так и с точки зрения оптимизации человеком своего эмоционального состояния. Ее использование исходно нацелено на вызов у партнера по общению позитивной эмоциональной реакции. Может выражаться в виде юмора и шуток, а также в переключении внимания партнера по общению к скрытым элементам ситуации: «Слава богу, девушка не пострадала» (о ситуации с вазой; см. рис. 1, б).

Отдельно необходимо упомянуть феномен, который нельзя отнести к собственно стратегиям регуляции эмоций. Это так называемые *недифференцируемые когнитивные изменения*. К данной группе были отнесены отказы от ответа и случаи, когда в условиях инструкций всех типов (А, В, С) фактически повторяется один и тот же ответ, как правило, нейтрального содержания: «Извините, виноват» и т.п.

Наше исследование позволило выявить, что пациентов с «гипертонией на рабочем месте» в эмоционально значимых ситуациях отличает достоверно более частое ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми лицами использование практически всех малоэффективных стратегий регуляции эмоций и, напротив, более редкое использование высокоэффективных (рис. 2). В отличие от больных «классической» АГ пациенты со стрессиндуцированной АГ достоверно чаще используют стратегию подавления экспрессии эмоций (см. рис. 2, б).

Ответы испытуемых на вопрос С позволили оценить, знают ли они, какие стратегии регуляции эмоций надо использовать в эмоционально значимых ситуациях. И здесь было обнаружено, что пациенты с «гипертонией на рабочем месте» в несколько раз чаще стали выбирать средне- и

высокоэффективные интернальные стратегии регуляции эмоций. В частности, в 2 раза чаще «трансформацию переживаний с помощью юмора», «позитивный пересмотр» (см. рис. 2, а; рис. 3, а), а наиболее высокоэффективную экстернальную стратегию регуляции эмоций («субъект-субъектные интерактивные трансформации») – в 3 (!) раза чаще (см. рис. 2, б; рис. 3, б).

Следовательно, больные «гипертонией на рабочем месте» в реальной ситуации выбирают малоэффективные стратегии регуляции эмоций, что поддерживает наличие у них эмоционального напряжения и, следовательно, повышенного АД. При этом они осознают необходимость использования других, более эффективных стратегий, однако в ситуациях повышенной эмоциональной нагрузки они оказываются неспособны к рефлексии и выбору оптимальных стратегий. Другими словами, больные «гипертонией на рабочем месте» потенциально обладают способностью к эффективной регуляции эмоций в ситуациях социального взаимодействия, однако они редко их используют. Все изложенное диктует необходимость включения в комплексное лечение таких пациентов психологического консультирования и психотерапии, направленных на помощь пациентам в понимании психологических механизмов развития заболевания; тренировку способности распознавания, дифференциации и понимания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, развитие способности к рефлексии, а также расширение используемого диапазона стратегий регуляции эмоций.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить, что здоровые лица в сравнении с больными АГ обеих групп достоверно более часто в эмоционально значимых ситуациях используют стратегии регуляции эмоций, более конструктивные с точки зрения решения адаптационных задач и более сложные по когнитивному содержанию.

Пациенты с «гипертонией на рабочем месте» наиболее часто прибегают к репрессии (подавлению) эмоций, у них обнаруживаются признаки хронического стресса и психофизиологического истощения, выраженная реакция АД в ответ на эмоциональную нагрузку. Выбираемые ими стратегии регуляции эмоций являются неэффективными в преодолении эмоциональной напряженности, создают условия для хронизации повышенного АД и могут рассматриваться в качестве центральных звеньев патогенеза АГ.

Больные «классической» ЭАГ с наибольшей частотой используют стратегию непосредственного отреагирования и открытого выражения эмоций.

Анализ и интерпретация полученных результатов позволяют также утверждать, что доминирующее в опубликованных работах предположение о репрессии эмоций как ведущем психологическом механизме психосоматического синдромаобразования при АГ не может быть применено к объяснению патогенеза всех форм гипертонической болезни. Для больных «классической» ЭАГ более типичным является открытое выражение эмоций с недостаточностью эмоциональной регуляции. Наши результаты позволяют предположить, что этим больным свойственна минимальная опосредованность эмоций когнитивными процессами. Именно этим обусловлен «взрывной характер» их эмоциональных реакций. Для небольшого процента случаев больных «классической» АГ характерна нормативность психогических проявлений и физиологических реакций. Это позволяет предположить, что повышение АД по крайней мере у части больных АГ без повышений АД в рабочее время минимально опосредовано психологически-

ми факторами. Однако проверка данной гипотезы может быть осуществлена только в специально организованном исследовании.

Полученные результаты в совокупности расширяют представления об этиологии и патогенезе ЭАГ, демонстрируют неоднородность этой группы больных по психологическим и физиологическим показателям, что необходимо для решения профилактических, диагностических и терапевтических задач.

Литература/References

1. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Geneva, World Health Organization, 2016.
2. Michalos AC (Ed.). Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer Netherlands, 2014.
3. Stork J, Schrader J, Mann H, Noring R. Einfluß der beruflichen Tätigkeit auf den Blutdruckverlauf über 24 Stunden. Nieren und Hochdruckkrankheiten 1992; 10: 466–8.
4. Karasek R. Demand/Control Model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In: Encyclopaedia of occupational health and safety. Ed. by J.M.Stellman. Geneva: International Labour Office, 1998; p. 34.6–34.14.
5. Light KC. Environmental and psychosocial stress in hypertension onset and progression. In: S.Oparil, M.Weber (Eds.). Hypertension. Philadelphia, Pa: W.B.Saunders, 2000; p. 59–70.
6. Blumenthal M, Strain JJ (Eds.). Psychosomatic Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006.
7. Mann SJ. Psychosomatic Research in Hypertension: The Lack of Impact of Decades of Research and New Directions to Consider. J Clin Hypertens 2012; 14 (10): 657–64.
8. Wise TN. Psychosomatics: Past, present and future. Psychother Psychosomatics 2014; 83 (2): 65–9.
9. Тхостов А.Ш. Депрессия и психология эмоций. В кн.: Депрессия и коморбидные расстройства. Под ред. А.Б.Смулевича. М.: РАМН, НИЦЗ РАМН, 1997; с. 180–98. / Tkhostov A.Sh. Depressia i psikhologiya emotsii. V kn.: Depressia i komorbidnye rasstroistva. Pod red. A.B.Smulevicha. M.: RAMN, NITPZ RAMN, 1997; s. 180–98. [in Russian]
10. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Клинико-психологическое исследование регуляции эмоций: культурно-деятельностный подход. Вopr. психологии. 2016; 3: 41–57. / Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I. Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie regulatsii emotsii: kul'turno-deiatel'nostnyi podkhod. Vopr. psikhologii. 2016; 3: 41–57. [in Russian]
11. Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. Clin Psychol Sci 2014; 2 (4): 387–401.
12. Краткий психологический словарь. Под общ. ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. М.: Политиздат, 1985. / Kratkii psikhologicheskii slovar'. Pod obshch. red. A.V.Petrovskogo, M.G.Jaroshevskogo. M.: Politizdat, 1985. [in Russian]
13. Koole S. The psychology of emotion regulation: An integrative review. Cognition Emotion 2009; 23 (1): 4–41.
14. Compas BE, Jaser SS, Dunbar JP et al. Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. Austral J Psychol 2014; 66 (2): 71–81.
15. Gross JJ. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. Psychol Inquiry 2015; 26: 1–26.
16. Karsten A. Aspiration level. In: Encyclopedia of Psychology. H.J.Eysenck, W.Arnold, R.Meili (Eds.). V. 1. New York: Herder and Herder, 1972; p. 84–6.
17. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера. Л.: ЛНИИТЕК, 1976. / Khanin Yu.L. Kratkoe rukovodstvo k primeneniiu shkaly reaktivnoi i lichnostnoi trevozhnosti Ch.D.Spilbergera. L.: LNIITEK, 1976. [in Russian]
18. Pervichko E, Zinchenko Y. Rosenzweig Picture-Frustration Test Modification for a Study of Emotion Regulation Strategies Among the Patients with Stress-Induced Hypertension. Eur Psychiatry 2016; 33: S709–S710. DOI 10.1016/j.eurpsy.2016.01.2115
19. Первичко Е.И. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж.Гросса и культурно-деятельностный подход. В 2 ч. Ч. II. Культурно-деятельностный подход к проблеме стратегий и механизмов регуляции эмоций. Национальный психол. журн. 2015; 1 (17): 39–51. / Pervichko E.I. Strategii regulatsii emotsii: protsessual'naiia model' Dzh.Grossa i kul'turno-deiatel'nostnyi podkhod. V 2 ch. Ch. II. Kul'turno-deiatel'nostnyi podkhod k probleme strategii i mekhanizmov regulatsii emotsii. Nacional'n. psikhol. zhurn. 2015; 1 (17): 39–51. [in Russian]
20. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Клинико-психологическое исследование регуляции эмоций: культурно-деятельностный подход. Вopr. психологии. 2016; 3: 41–57. / Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I. Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie regulatsii emotsii: kul'turno-deiatel'nostnyi podkhod. Vopr. psikhologii. 2016; 3: 41–57. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Первичко Елена Ивановна – канд. психол. наук, доц. каф. нейро- и патопсихологии фак-та психологии ФГБОУ ВПО МГУ им. М.В.Ломоносова. E-mail: elena_pervichko@mail.ru

Остроумова Ольга Дмитриевна – д-р мед. наук, проф. каф. факультетской терапии и профболезней ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова; проф. каф. клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: ostroumova.olga@mail.ru

Зинченко Юрий Петрович – акад. Российской академии образования, д-р психол. наук, проф., декан фак-та психологии, зав. каф. методологии психологии ФГБОУ ВПО МГУ им. М.В.Ломоносова. E-mail: Zinchenko@psy.msu.ru