

# «Гипертония на рабочем месте»: фокус на эмоционально-личностные особенности пациентов

О.Д.Остроумова<sup>1,2</sup>, Е.И.Первичко<sup>3</sup>, Ю.П.Зинченко<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова Минздрава России. 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России. 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова. 125009, Россия, Москва, ул. Моховая, д. 11, стр. 9

В статье приведены литературные данные о распространенности, диагностике и механизмах формирования «гипертонии на рабочем месте». Приведены результаты собственного исследования, которые свидетельствуют о наличии у больных «гипертонией на рабочем месте» ряда эмоционально-личностных особенностей – повышенной эмоциональности, подавления экспрессии эмоций, использования малоэффективных стратегий регуляции эмоций, выраженного перфекционизма с преобладанием в его структуре признаков социально предписанного перфекционизма.

**Ключевые слова:** артериальная гипертония, «гипертония на рабочем месте», эмоциональный стресс, регуляция эмоций, стратегии регуляции эмоций, перфекционизм.

✉ostroumova.olga@mail.ru

**Для цитирования:** Остроумова О.Д., Первичко Е.И., Зинченко Ю.П. «Гипертония на рабочем месте»: фокус на эмоционально-личностные особенности пациентов. Системные гипертензии. 2016; 13 (3): 13–20.

## "Workplace hypertension": focus on emotional and personality traits in patients

O.D.Ostroumova<sup>1,2</sup>, E.I.Pervichko<sup>3</sup>, Yu.P.Zinchenko<sup>3</sup>

<sup>1</sup>A.I.Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Health of the Russian Federation. 127473, Russian Federation, Moscow, ul. Delegatskaia, d. 20, str. 1;

<sup>2</sup>I.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;

<sup>3</sup>M.V.Lomonosov Moscow State University. 125009, Russian Federation, Moscow, ul. Mokhovaia, d. 11, str. 9

This article discusses the literature data on the prevalence, diagnosis and mechanisms of development of "workplace hypertension". The paper contains the results of our own studies indicating that patients with "workplace hypertension" are suffering from different emotional and personality traits, such as high emotionality, suppression of emotional expression, and use of inefficient emotion regulation strategies, significant perfectionism associated with socially prescribed perfectionism.

**Key words:** arterial hypertension, workplace hypertension, emotional stress, emotion regulation, emotion regulation strategies, perfectionism.

✉ostroumova.olga@mail.ru

**For citation:** Ostroumova O.D., Pervichko E.I., Zinchenko Yu.P. "Workplace hypertension": focus on emotional and personality traits in patients. System Hypertension. 2016; 13 (3): 13–20.

Эссенциальная артериальная гипертония (АГ) и ее осложнения остаются одной из основных проблем современной кардиологии. 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 крупных городах повышенные нервно-психические нагрузки становятся повседневными для большей части трудоспособного населения, особенно в рабочий период времени, когда воздействие психоэмоционального напряжения наиболее выражено и может достигать уровня стресса. По данным S.Manuck [3], чрезмерное повышение артериального давления (АД) в ответ на стресс развивается у 25% лиц. В связи с этим возникла потребность в выделении и изучении так называемой стресс-индуцированной АГ.

Стресс-индуцированная АГ характеризуется повышением АД под воздействием психоэмоциональных факторов на фоне нормального или стабильно повышенного его уровня [4]. Клиническими проявлениями такой формы гипертонии являются «гипертония на рабочем месте» (masked workplace hypertension) и «гипертония белого халата» (white coat hypertension) [4, 5]. Частота стресс-индуцированной АГ среди всех пациентов с эссенциальной АГ может составлять 20% и более в форме «гипертонии белого халата» [6, 7] и около 20% в форме «гипертонии на рабочем месте» [4]. Ряд авторов определяют «АГ на рабо-

чем месте» (АГ<sub>рм</sub>) как АГ, развивающуюся при воздействии «рабочей нагрузки». При этом уровень АД, зарегистрированный в рабочее время, превышает его уровень в часы отдыха или имеется разница между среднесуточными показателями в рабочий и выходной день [4]. В английском языке используется термин «job strain» (рабочая нагрузка), который означает сочетание высоких требований, предъявляемых к работнику, и ограничение его свободы в принятии решений [4, 8].

Для диагностики АГ<sub>рм</sub> необходимо применять метод суточного мониторирования АД (СМАД) [4]. Диагностическими критериями АГ<sub>рм</sub> являются повышение среднесуточного систолического АД (САД) >135 и/или диастолического АД (ДАД) >85 мм рт. ст. и различия между среднесуточными показателями САД и/или ДАД, полученными в рабочие и выходные дни, соответственно на 6 мм рт. ст. и более и/или 3 мм рт. ст. и более. При невозможности измерения АД в выходной день сравниваются показатели АД, полученные при дневном мониторировании в рабочее и свободное время. В таких случаях разница в значениях САД должна составлять не менее 8 мм рт. ст., а ДАД – не менее 5 мм рт. ст. [4].

АГ<sub>рм</sub> является отнюдь не безопасным феноменом. В ряде работ было показано, что ее наличие повышает риск развития поражения органов-мишеней, сердечно-сосудистых осложнений и смертности [9–12]. Так, P.Schnall и соавт. [9] изучали связь между напряженной работой, АД в рабочий период времени и индексом массы миокарда левого желудочка. По мнению авторов, у мужчин в воз-

расте 30–40 лет стресс на работе ассоциируется с повышением уровня амбулаторного АД на рабочем месте и увеличением индекса массы миокарда левого желудочка в среднем на 10,8 г/м<sup>2</sup>. Финские исследователи [10], обследовав 600 мужчин, установили, что лица с обусловленными стрессом подъемами АД, имевшие высокие профессиональные нагрузки, отличались наиболее выраженной тенденцией к развитию атеросклеротических изменений сонных артерий.

В проспективном исследовании Whitehall II [11] на примере 10 308 управленческих работников было показано, что ограниченная свобода в принятии решений в рамках профессиональной деятельности сопровождается повышенным риском развития ишемической болезни сердца как у мужчин, так и у женщин. При этом установлено значимо большее повышение частоты случаев впервые диагностированной ишемической болезни сердца именно у тех людей, которые располагали лишь незначительными возможностями принятия решений в своей профессиональной деятельности (служащие среднего и нижнего звена). В ходе 12-летнего проспективного исследования M.Julius и соавт. [12] доказали, что подавляемая склонность к раздражению у больных АГ приводит к статистически достоверному повышению смертности.

Выделяют ряд факторов, которые приводят к избирательному повышению АД в рабочее время [13]. Так, например, курение способствует повышению АД в активное время суток и возникновению скрытой АГ (в медицинских учреждениях пациенты, как правило, не курят) [13]. Употребление алкоголя связано с подъемом АД в дневное время, в рабочий период, а также в утренние часы [13]. Большая физическая нагрузка (тяжелый труд или чрезмерные занятия некоторыми видами спорта) обуславливает более высокое АД. Наконец, высокая роль повышенных нервно-психических нагрузок в рабочий период времени, когда воздействие эмоционального напряжения наиболее выражено и может достигать уровня стресса и приводить к развитию АГ [4, 13].

Четкая взаимосвязь между наличием эмоционального стресса на работе и повышением уровня АД выявлена в ряде исследований [7, 14–21]. Так, в проспективном исследовании изучали воздействие психологического стресса во время работы на уровень АД в когорте служащих, так называемых «белых воротничков» (n=8395) [14]. Период наблюдения составил 7,5 года. Отмечено статистически значимое приращение САД на 1,8 мм рт. ст. (95% доверительный интервал 0,1–3,5) среди мужчин, испытывающих на работе стресс, по сравнению с работниками, не подверженным эмоциональным воздействиям (1,5 мм рт. ст.; 95% доверительный интервал 0,2–2,8). Среди большинства женщин данный эффект был менее выражен. Кроме того, степень увеличения АД как у женщин, так и у мужчин была более выражена при низком уровне социальной поддержки на работе [14].

P.Schnall и соавт. [15] сообщили о значительном влиянии совокупного профессионального стресса на повышение амбулаторного АД в течение 3 лет среди 195 мужчин. Амбулаторное САД у мужчин, подверженных воздействию стресса, было на 8 мм рт. ст. выше по сравнению с другими работниками. Сходные данные опубликованы и в другом исследовании: у людей, занятых высокострессовой работой, через 3 года АД повышалось на 11/7 мм рт. ст. по сравнению с группой лиц с низкострессовой деятельностью [7].

Японское исследование государственных должностных лиц, средний возраст 41,4±10,7 года, показало, что среди них 23% имеют повышенное АД в рабочий период (>140/90 мм рт. ст.) [16]. X.Trudel и соавт. [17, 18] выявили скрытую АГ у 15% из 2357 обследованных служащих общественных организаций. В рамках регулярных профилактических обследований сотрудников фирмы «Фольксваген» J.Stork и соавт. [19] провели однократные измерения и длительное мониторирование АД у 158 работников.

Доля АГ, выявленная только по данным СМАД в рабочий день, несмотря на нормальные значения АД, полученные при однократных измерениях, оказалась неожиданно большой (19%). При дальнейшем анализе полученных данных удалось показать, что в этой группе было много работников, испытывающих особенно тяжелую психоэмоциональную нагрузку на рабочем месте. Исследование P.Landsbergis и соавт. [20] среди медиков – сотрудников стационаров и лиц, оказывающих помощь больным на дому, выявило 24% мужчин и 17,6% женщин с повышенным АД по данным СМАД в рабочий день.

K.Kollmann и соавт. [21] 32 больным с установленным диагнозом эссенциальной АГ дважды провели СМАД – в один из рабочих и в один из выходных дней. При этом авторы оценили психические и профессиональные нагрузки обследуемых, связанные с работой, отнеся их к одной из следующих степеней: незначительная, средняя и высокая. Было установлено, что у больных с высокой психоэмоциональной нагрузкой уровень АД (как САД, так и ДАД) в рабочий день достоверно выше, чем в выходной. Представляет интерес тот факт, что это касается не только среднесуточного уровня АД, но также среднесуточного и среднесуточного. У больных со средним уровнем психоэмоциональной нагрузки средние значения САД в дневное рабочее время были выше, чем в те же часы выходного дня, однако эти различия не были статистически достоверными. Остальные показатели СМАД были сопоставимыми в рабочий и выходной день. Наконец, у больных с незначительной психоэмоциональной нагрузкой подъема АД во время работы не наблюдалось.

В целом у работников, чей труд сопряжен с эмоциональным стрессом, АГ регистрируется в 3 раза чаще [4]. У людей, занятых высокострессовой работой, через 3 года АД повышалось на 11/7 мм рт. ст. по сравнению с группой с низкострессовой деятельностью [6].

Факторы, ассоциированные с АГрм, многообразны. Это зависит не только от профессии и условий труда (в том числе уровня эмоционального стресса на рабочем месте), но и от индивидуальных характеристик работающих лиц (возраст, пол, статус курения, количество употребляемого алкоголя, наличие ожирения, АГ в семейном анамнезе) и, конечно, от их эмоционально-личностных особенностей [16–18, 20, 23–27].

Так, в цитируемом выше японском исследовании [16] наличие повышенного АД в рабочий период ассоциировалось с более старшим возрастом (48,5±10,0 года), большим индексом массы тела – ИМТ (23,4±2,7 кг/м<sup>2</sup> против 21,6±3,2 кг/м<sup>2</sup>), семейным анамнезом АГ и высоким нормальным клиническим АД. X.Trudel и соавт. обнаружили взаимосвязь с полом, возрастом, наличием эмоциональных нагрузок, ИМТ и приемом алкоголя [17, 18]. При этом у мужчин данной выборки (служащие общественных организаций) скрытая АГрм была взаимосвязана с возрастом, ИМТ и высоким психологическим напряжением на работе, а у женщин ассоциировалась с ИМТ и приемом алкоголя.

Выявляемые в ряде исследований различия в частоте ассоциированных с АГрм факторов зависят от пола работающего. По-видимому, эти различия неслучайны: известно, что среди здоровых лиц к гиперреактивности мужчины склонны больше, чем женщины [4]. В ситуациях, сопровождающихся активацией β-адренергических систем, у мужчин отмечаются более выраженный подъем АД и более значительная вазодилатация, а в ситуациях, сопряженных с α-адренергической активацией, – более выраженная вазоконстрикция. После прекращения нагрузки у мужчин наблюдается замедленный возврат АД к исходному уровню. Описанные различия усиливаются, если женщины находятся в фазе менструального цикла, которая сопровождается повышением уровня эстрогенов. Данный факт позволяет обсуждать специфический стресс-протективный эффект эстрогенов [22].

По данным R.Karasek [23], максимальному риску развития АГрм подвержены лица, к которым предъявляются

высокие требования на работе без права принятия решения. К данной категории относятся рабочие, обслуживающие конвейер, официанты, медицинские сестры. В группу высокого риска входят работники, находящиеся в середине иерархической лестницы на службе, испытывающие давление со стороны начальства и со стороны подчиненных. К ним относятся мастера на производстве, управляющие среднего звена [4].

В исследовании P.Landsbergis и соавт. [20] скрытая АГ у работников медицинских учреждений была ассоциирована с работой в вечерние и ночные часы, сменным графиком работы, а также комбинацией напряжения во время работы с дисбалансом между прилагаемыми усилиями и вознаграждением за труд, при этом не было обнаружено взаимосвязи скрытой АГ с общим количеством часов работы в неделю.

E.Cotington и соавт. [24] выявили связь между частотой случаев повышения АД и неуверенностью сохранения рабочего места. Авторы обследовали 236 работников наемного труда мужского пола в возрасте от 40 до 65 лет. Относительный риск АГ (ДАД > 90 мм рт. ст.) у промышленных рабочих с подавляемой склонностью к раздражению и с неуверенностью в сохранении рабочего места был в 5 раз выше, чем у рабочих, которые, несмотря на имеющуюся склонность к раздражению, были уверены в сохранении рабочего места. J.Stork и соавт. [19] при анализе полученных данных показали, что в группе больных с повышением АД на рабочем месте было много работников, испытывающих особенно тяжелую психоэмоциональную нагрузку на рабочем месте.

Кроме того, желание перейти из низкого социально-экономического слоя в более высокий также может являться причиной хронического стресса и приводить к развитию эссенциальной АГ. Так, исследования, проведенные W.Dressler [25], показали, что риск развития АГ в группе лиц с сильной эмоциональной нагрузкой, оказываемой стремлением к продвижению, был в 3–5 раз выше, чем в группе лиц, чьи представления о жизни находились в большом согласии с их нынешней социальной средой.

«Стресс-индуцированной АГ страдают прежде всего те люди, к которым предъявляют высокие требования на работе, не давая им достаточных прав на принятие решений», – пояснил J.Schrader [26]. В качестве примера он назвал в первую очередь рабочих, работающих на конвейере, официантов, медицинских сестер и санитарок. К сильно угрожаемой категории лиц относятся также работники, занимающие должности в середине служебной иерархии, для которых характерно «давление с обеих сторон» (например, мастера на производстве). У 2/3 мастеров со стресс-индуцированной АГ отмечалось повышение ДАД во время работы более чем на 5 мм рт. ст. «В клинике – это прежде всего старшие врачи, испытывающие давление с обеих сторон», – заметил J.Schrader [26].

Неблагоприятные внешние факторы, оказывающие стрессорное влияние на рабочем месте, действуют совместно с такими нежелательными внутренними факторами, как депрессия, гнев, тревога, и другими эмоционально-личностными особенностями [4, 27]. В работах, проведенных в ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, были выделены некоторые психологические особенности пациентов с повышением амбулаторного АД на фоне антигипертензивной терапии [28]. Такие больные характеризуются высоким уровнем агрессивности, враждебности в сочетании с психоэмоциональной дезадаптацией, высоким уровнем отрицательных эмоций вне клиники.

Отрицательная роль внешних и внутренних факторов может усугубляться при характерном для высокострессового образа жизни изменении пищевого поведения, курении, злоупотреблении алкоголем [4, 27].

Следовательно, в патогенезе развития АГГрм наряду с социально-демографическими факторами, условиями ра-

боты на конкретном производстве (профессия, должность, уровень «рабочей нагрузки» и т.п.), наличием определенных внешних факторов (например, вредные привычки) центральное место занимают эмоционально-личностные особенности пациентов.

Необходимость ранней диагностики и лечения, а также профилактики стресс-индуцированной гипертонии определяет возрождение интереса к психологическим моделям психосоматического синдромогенеза. В последние годы все более убедительные доказательства получает положение о значимости психологических факторов в патогенезе АГ: прежде всего подчеркивается патогенная роль эмоций и, как правило, указывается на неспособность пациентов к их регуляции [29, 30]. Это аргументирует актуальность методологически обоснованного изучения эмоционально-личностных особенностей больных АГГрм, прежде всего регуляции эмоций. Одновременно необходимо отметить высокую актуальность проблемы регуляции эмоций на современном этапе развития научного знания, что обусловлено возрастанием стрессогенности современного общества, неуклонным ростом психосоматических, депрессивных и тревожных расстройств [31]. При этом повышается значимость расширения представлений о содержательных составляющих эмоциональности человека, в особенности – о психологических детерминантах и механизмах, обеспечивающих возможность эффективной регуляции эмоций для оптимизации адаптационных процессов. Исходя из изложенного, необходимо проведение комплексного углубленного психологического обследования пациентов с АГГрм для оценки их эмоционально-личностных особенностей.

Нами было выполнено исследование, в котором приняли участие 170 работающих нелеченных больных с гипертонической болезнью II стадии, I–2-й степени в возрасте 32–52 лет. В их числе 85 пациентов с наличием АГГрм (средний возраст 44,7±4,3 года) – 1-я группа и 85 больных без АГГрм (средний возраст 47,4±4,5 года) – 2-я группа. Наличие АГГрм устанавливалось до включения в исследование на основании СМАД в рабочий и выходной дни. АГГрм диагностировали, если среднесуточное САД было выше 135 мм рт. ст. и/или среднесуточное ДАД > 85 мм рт. ст., средние значения САД в рабочий день превышали средние значения в выходной день на 6 мм рт. ст. и более и средние значения ДАД в рабочий день превышали средние значения ДАД в выходной день на 3 мм рт. ст. и более [4]. 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 эмоционально-личностных особенностей было проведено комплексное психологическое исследование.

На первом этапе был использован модифицированный нами вариант теста Розенцвейга [32–35]. Участникам предлагали набор из 24 карт, из них 16 – это так называемые ситуации препятствия, а 8 – ситуации обвинения (считаются более эмоционально насыщенными). Испытуемые должны были выбрать из предложенного набора те ситуации, которые являются для них наиболее травмирующим. 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, которые наиболее точно описывают возникшие у них в этой ситуации эмоциональные переживания. Наконец, участники исследования должны были ответить на три вопроса:

A – «Что бы вы ответили в данной ситуации?»;

B – «Что бы вы при этом подумали?»;

C – «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 модальные характеристики (радость, гнев, презрение, удивление и т.д.) выбранных эмоциональных дескрипторов.

3. Частота использования различных стратегий регуляции эмоций в условиях инструкций А, В и С.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что больные АГрм отличаются от здоровых лиц достоверно большим ( $p < 0,05$ ) количеством выбранных эмоционально значимых ситуаций ( $9,7 \pm 1,2$  и  $7,8 \pm 1,1$  соответственно). Кроме того, пациенты с АГрм 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 без АГрм ( $8,2 \pm 1,5$ ). При этом больные АГрм достоверно чаще ( $p < 0,05$ ), чем здоровые лица и пациенты без АГрм, выбирали эмоциональные дескрипторы из категории «гнев», «страх» и «презрение», т.е. негативные стенические эмоции (см. рисунок).

Следовательно, анализ данных позволяет сделать вывод о наличии у больных АГрм выраженной эмоциональности, причем в структуре их переживаний преобладают негативные стенические эмоции.

Одновременно для больных АГрм характерно подавление эмоций, возникающих в эмоционально значимых ситуациях. Этот вывод сделан на основании обнаружения значимых расхождений в ответах пациентов с АГрм в условиях инструкций А – «Что бы вы ответили в данной ситуации?» и В – «Что бы вы при этом подумали?» в модифицированном нами варианте методики Розенцвейга [32–35]. При переходе от инструкции А к инструкции В в группе больных АГрм происходит достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение частоты использования ED-реакций (реакции «с фиксацией на самозащите», когда в ответах человека наибольшую роль играет защита собственного «Я» – с 33,0 до 44,3%) и E-реакций (экстрапунитивные реакции, характеризующиеся проявлением агрессии, направленной вовне, – на различные обстоятельства, предметы или социальное окружение – с 45,5 до 69,6%). Больше количество таких ответов на вопрос В («Что бы вы подумали?») свидетельствует о том, что у больных АГрм в общей структуре реакций на самом деле имеет место большее количество негативных переживаний как внешнеобвиняющего, так и самообвиняющего типов, но они стараются их не выражать вербально-открыто (с помощью слов) другому лицу (ответы на вопрос А – «Что бы вы ответили в данной ситуации?») [35–37].

При этом в группе пациентов с АГрм при смене инструкции происходит достоверное снижение частоты использования наиболее конструктивных с точки зрения практического разрешения проблемы и наиболее «эмоциональ-

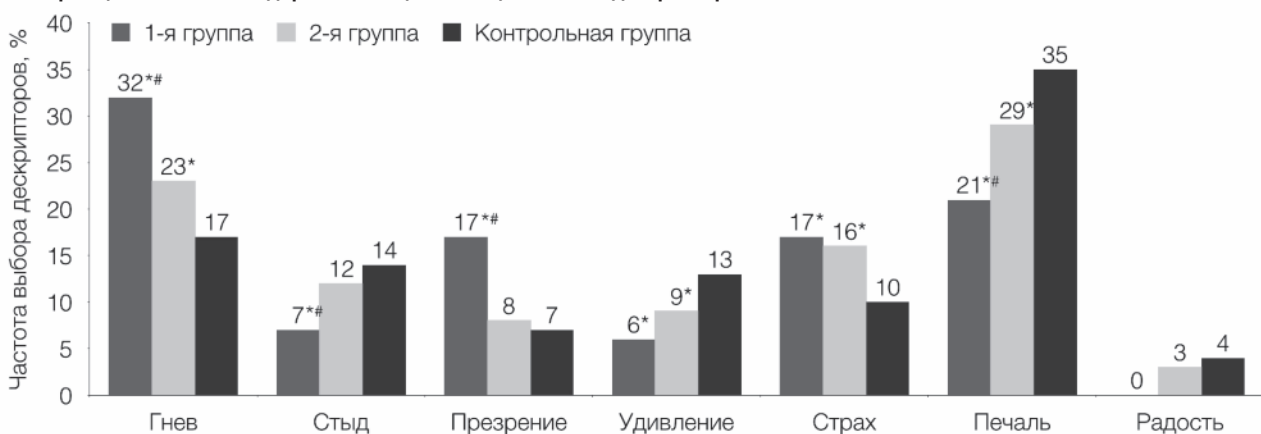
но нейтральных» ответов: многократно уменьшается частота импунитивных реакций (М), при которых эмоционально неприятная ситуация описывается как незначительная, в которой никто не признает виновным, и/или считается, что ответ отражает примирительную позицию испытуемого (с 36,1% до 8,98%;  $p < 0,001$ ), а также реакций с фиксацией на удовлетворении потребности (NP), в которых наиболее значимым для человека являются удовлетворение потребности, преодоление препятствия и/или ответ отражает тенденцию к разрешению проблемы, представленной в ситуации (с 25,6 до 11,8%;  $p < 0,001$ ). По этим параметрам группа больных АГрм отличается от группы здоровых лиц. В контрольной группе так же, как и в группе больных АГрм, выявлено повышение частоты использования экстрапунитивных реакций (E), однако этот природный является гораздо менее выраженным: с 38,0 до 45,3% ( $p < 0,05$ ). В частоте использования реакции «с фиксацией на самозащите» (ED) здоровыми лицами изменения минимальные (с 35,8 до 38,6%;  $p > 0,05$ ).

Наличие достоверной динамики ответов описанных типов при смене инструкции позволяет сделать обоснованный вывод, что пациенты с АГрм, в отличие от здоровых лиц, достоверно более часто подавляют свои негативные переживания.

Самым главным результатом первого этапа была оценка стратегий регуляции эмоций при разрешении эмоционально значимых ситуаций. В исследовании 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 и эмоциональных состояний человека для того, чтобы позволить ему функционировать адаптивно в эмоционально значимых ситуациях [31, 38, 39]. Выделяют несколько стратегий регуляции эмоций, которые различаются по эффективности [36, 37].

Пациенты с АГрм при спонтанном отреагировании (ответы на вопрос А – «Что бы вы ответили в данной ситуации?») отличаются от здоровых лиц достоверно ( $p < 0,05$ ) более частым использованием недифференцируемых когнитивных изменений (19,8 и 11,6% соответственно), а также таких стратегий регуляции эмоций, как руминация и катастрофизация (19 и 11,8% соответственно) и подавление экспрессии эмоций (38,3 и 20,3% соответственно). При этом эти больные достоверно более редко, по сравнению со здоровыми лицами, используют такие стратегии, как последовательная актуализация новых смыслов (25,7 и 31,7% соответственно) и стратегия субъект-субъектных интерактивных трансформаций (12,6 и 25,2% соответственно). При сравнении пациентов

Выбор пациентами с АГ и здоровыми лицами эмоциональных дескрипторов.



Здесь и в таблице: \*различия достоверны ( $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой (здоровые лица); #различия достоверны ( $p < 0,05$ ) при сравнении больных 1 и 2-й групп (с наличием и отсутствием АГрм).

с наличием и отсутствием АГрм обнаружено, что больные АГрм достоверно чаще используют стратегию подавления экспрессии эмоций (38,3 и 28,1% соответственно).

Руминации и катастрофизация – обращение к мыслям, преувеличивающим негативные аспекты произошедшего, с неспособностью «отключиться» от них, характерна склонность драматизировать ситуацию. Данная стратегия является малоэффективной [36, 37]. Последовательная актуализация новых личностных смыслов (высокоэффективная стратегия регуляции эмоций) – попытка «наполнить» ситуацию новым положительным смыслом. Например: «Может, мне и не надо было успеть на этот поезд? Будет повод зайти к другу в гости, мы так давно не виделись. Так что все к лучшему». Подавление экспрессии эмоций: человек контролирует внешние проявления эмоций (например, следит не только за содержанием того, что говорит, но и за своей мимикой, тембром голоса) [36, 37]. Характерно наличие выраженного расхождения в ответах в условиях инструкций А и В (ответил и подумал). В большинстве случаев эта стратегия малоэффективна: нивелируется только экспрессивный компонент эмоции, а переживание эмоции сохраняется, что патогенно для здоровья.

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 из стимульного материала теста Розенцвейга, когда была разбита ваза) [36, 37]. Отдельно следует 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. [36, 37].

Следовательно, наше исследование позволило выявить, что пациентов с АГрм в эмоционально значимых ситуациях отличает достоверно более частое, по сравнению со здоровыми лицами, использование практически всех малоэффективных стратегий регуляции эмоций (недифференцируемые когнитивные изменения, руминации и катастрофизация, подавление экспрессии эмоций) и, напротив, более редкое использование высокоэффективных (актуализация новых смыслов, субъект-субъектные интерактивные трансформации). В отличие от больных без АГрм, пациенты с наличием АГрм достоверно чаще используют малоэффективную стратегию подавления экспрессии эмоций.

В контексте полученных результатов возникает вопрос о психологических факторах и механизмах, наличие которых обуславливают столь выраженные различия между больными АГрм и здоровыми лицами в используемых стратегиях регуляции эмоций. В контексте поиска ответа на обозначенный вопрос правомочно обращение к изучению такой личностной черты, как перфекционизм. Под перфекционизмом понимается стремление личности предъявлять к себе чрезмерно высокие требования и следовать чрезмерно высоким стандартам [40–42]. В настоящее время многие ученые убеждены в том, что чрезмерное стремление к совершенству снижает продуктивность и сопряжено с высоким риском как психических, так и психосоматических расстройств [43–47]. Наличие черт перфекционизма в личностной структуре взаимосвязано с высокой частотой и длительностью стрессогенных ситуаций повседневной

жизни и неадаптивными способами совладания со стрессом [43, 48]. Показано, что лица с высоким уровнем перфекционизма с целью компенсации тягостных переживаний неудачи и несостоятельности часто практикуют две дисфункциональные стратегии поведения в стрессовых ситуациях: избегающее поведение (например, в форме прокрастинации – откладывания значимых дел) или, наоборот, сверхмобилизацию с риском выгорания [49, 50]. Таким образом, довольно часто перфекционизм расценивается как прогностически неблагоприятный личностный фактор.

Несмотря на многолетнюю историю изучения феномена перфекционизма, по-прежнему далеким от своего решения остается главный вопрос: каким образом высокие требования к себе и другим становятся патогенными и трансформируются в саморазрушительную погоню за невозможным [51]? В поиске ответа на этот вопрос может помочь анализ структуры перфекционизма. В настоящее время практически все исследователи разделяют мнение о том, что перфекционизм имеет многомерную структуру [41, 42, 44, 46, 47, 51, 52]. В модели перфекционизма P.Hewitt и G.Flett, получившей широкое распространение, выделяются «Я-адресованный», «адресованный другим» и «социально предписанный» перфекционизм [41, 42].

Перфекционизм, ориентированный на себя, подразумевает наличие высоких личных стандартов, внутреннюю мотивацию самосовершенствования, склонность сосредотачиваться на цели, тенденцию ставить перед собой труднодостижимые цели и готовность прикладывать усилия ради их достижения. Также он предполагает развитие самодисциплины, самоконтроль, склонность к рефлексии. Выраженность этой составляющей перфекционизма предполагает самокритичность, которая при чрезмерной выраженности может переходить в склонность к чрезмерному самоисследованию и самообвинению, делающую невозможным принятие собственных изъянов, недостатков и неудач. Следующая составляющая – перфекционизм, ориентированный на других, – предполагает наличие чрезвычайно высоких стандартов, установленных человеком для других, требовательность по отношению к окружающим, нетерпимость, нежелание прощать ошибки, несовершенства. И, наконец, социально предписанный перфекционизм – это убежденность человека в том, что другие люди имеют относительно него чрезвычайно высокие ожидания, которым очень трудно, если вообще возможно, соответствовать, но он должен соответствовать стандартам, устанавливаемым для него окружающим, чтобы заслужить одобрение и приятие, избежать негативной оценки [41, 42].

Для оценки перфекционизма в нашем исследовании использована русскоязычная версия Многомерной шкалы перфекционизма (Multidimensional perfectionism scale – MPS) – личностной диагностической шкалы, разработанной P.Hewitt и G.Flett для измерения уровня перфекционизма и определения характера соотношения его составляющих [41, 53].

Анализ полученных данных показал, что больные АГрм достоверно ( $p < 0,05$ ) отличаются от здоровых лиц и пациентов без АГрм более высокими значениями суммарного балла перфекционизма и социально предписанного перфекционизма (см. таблицу).

В структурах перфекционизма у испытуемых всех групп лидируют проявления фактора «социально предписанный перфекционизм». При этом группа больных АГрм отличается от испытуемых двух других групп наибольшей диспропорциональностью структуры перфекционизма: средние значения по шкале «социально предписанный перфекционизм» значимо ( $p < 0,05$ ) превышают значения по двум другим шкалам. Для испытуемых двух других групп такая особенность не свойственна (см. таблицу).

Анализ полученных данных дает нам основания утверждать, что больные АГ обеих групп (и группа больных

Средние значения шкал опросника MPS у обследованных лиц (баллы, Ме±SD)			
Шкалы опросника MPS	1-я группа (n=85)	2-я группа (n=85)	Контрольная группа (n=82)
Социально предписанный перфекционизм	76,6±3,96**	67,2±4,22	60,7±8,99
Перфекционизм, ориентированный на других	62,1±4,27	59,8±3,25	57,1±6,27
Перфекционизм, ориентированный на себя	61,5±3,63	63,6±5,11*	57,0±7,22
Суммарный балл	200,2±7,26**	190,6±9,11*	174,8±12,63

АГрм в особенности) характеризуются наличием убежденности, что со стороны социального окружения к ним предъявляются завышенные требования, которым очень трудно соответствовать. В этом случае человек может повергать себя в ситуации с необходимостью постановки перед собой сложностижимых целей (в том числе профессиональных) для доказательства своей значимости как в собственных глазах, так и в глазах других людей, поскольку это необходимо, с его точки зрения, чтобы заслужить одобрение и приятие и избежать негативной оценки [42, 47, 51, 52].

Наличие описанных внутриличностных конфликтов может явиться важным фактором, обуславливающим возникновение большого количества негативных эмоций и состояния эмоциональной напряженности в эмоционально значимых ситуациях, которые практически всегда воспринимаются и интерпретируются перфекционистами как ситуации «вызова» и проверки их способностей и возможностей. Действием всех перечисленных факторов может быть обусловлен преимущественный выбор пациентами с АГрм таких стратегий регуляции

эмоций, как руминации и катастрофизация, а также подавление экспрессии эмоций.

Следовательно, больные АГрм отличаются от здоровых лиц более высокой степенью выраженности личностной черты «перфекционизм». При этом общая конфигурация «профиля перфекционизма» больных АГрм отличается от такового у здоровых лиц: в структуре перфекционизма больных АГрм значимо преобладает фактор «восприятие других людей как делегирующих высокие требования» (при постоянном сравнении себя с другими), в то время как у здоровых лиц частота представленности всех трех факторов перфекционизма является сопоставимой.

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о наличии у больных АГрм ряда эмоционально-личностных особенностей, которые аргументируют обоснованность дифференцированной тактики ведения таких пациентов – необходимость в консультации психолога с дальнейшей формулировкой рекомендаций по оказанию психологической помощи. Это позволит улучшить контроль АД у данной группы больных и, следовательно, обеспечить снижение риска сердечно-сосудистых осложнений.

#### Литература/References

- World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Geneva, World Health Organization, 2016.
- Michalos AC (Ed). Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer Netherlands, 2014.
- Manuck SB. Cardiovascular reactivity in cardiovascular disease: "Once more unto the breach". *Int J Behav Med* 1994; 1: 4–31.
- Кобалава Ж.Д., Гудков К.М. Эволюция представлений о стресс-индуцированной артериальной гипертензии и применение антагонистов рецепторов ангиотензина II. *Кардиоваск. терапия и профилактика*. 2002; 1: 4–15. / Kobalava Zh.D., Gudkov K.M. Evoliutsiia predstavlenii o stress-indutsirovannoi arterial'noi gipertonii i primeneniie antagonistov retseptorov angiotenzina II. *Kardiovask. terapiia i profilaktika*. 2002; 1: 4–15. [in Russian]
- Kawabe H, Saito I, Saruta T. Status of home blood pressure measured in morning and evening: evaluation in normotensives and hypertensives in Japanese urban population. *Hypertens Res* 2005; 28: 491–8.
- Pickering TG. Psychosocial stress and blood pressure. In *Hypertension Primer*. AHA 2000.
- Schwartz JE, Pickering TG, Landsbergis PA. Work-related stress and blood pressure: current theoretical models and considerations from a behavioral medicine perspective. *J Occup Health Psychol* 1996; 1: 287–310.
- Pickering TG, Devereux RB, James GD et al. Environmental influences on blood pressure and the role of job strain. *J Hypertens Suppl* 1996; 14: S179–S186.
- Schnall PL, Pieper C, Schwartz JE et al. The relationship between 'job strain,' workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index. *JAMA* 1990; 263: 1929–35.
- Everson SA, Lynch JW, Chesney MA et al. Interaction of workplace demands and cardiovascular reactivity in progression of carotid atherosclerosis: population based study. *BMJ* 1997; 314: 553–8.
- Bosma H, Marmot MG, Hemingway H et al. Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall 11 study. *BMJ* 1997; 314: 558–65.
- Julius M, Harburg E, Cottington EM, Johnson EH. Anger-coping types, blood pressure, and all-cause mortality: a follow-up in Tecumseh, Michigan (1971–1983). *Am J Epidemiologie* 1986; 124: 220–33.
- Pickering TG, Eguchi K, Kario K. Masked hypertension: a review. *Hypertens Res* 2007; 30: 479–88.
- Guimont C, Brisson C, Dagenais GR et al. Effects of job strain on blood pressure: a prospective study of male and female white-collar workers. *Am J Public Health* 2006; 96: 1436–43.
- Schnall PL, Schwartz JE, Landsbergis PA et al. A longitudinal study of job strain and ambulatory blood pressure: results from a three-year follow-up. *Psychosom Med* 1998; 60: 697–706.
- Harada K, Karube Y, Saruhara H et al. Workplace hypertension is associated with obesity and family history of hypertension. *Hypertens Res* 2006; 29 (12): 969–76.
- Trudel X, Brisson C, Larocque B, Milot A. Masked hypertension: different blood pressure measurement methodology and risk factors in a working population. *J Hypertens* 2009; 27 (8): 1560–7.
- Trudel X, Brisson C, Milot A. Job strain and masked hypertension. *Psychosom Med* 2010; 72 (8): 786–93.
- Stork J, Schrader J, Labrot B et al. Arbeitsassoziiierter Blutdruckanstieg und Hypertonieprävalenz – eine Querschnittuntersuchung. *Zbl Arbeitsmed* 1992; 42 (Nr. 11): 468–72.
- Landsbergis PA, Travis A, Schnall PL. High Blood Press. *Cardiovasc Prev* 2013; 20 (2): 69–76.
- Kollmann K, Lüders S, Eckardt R et al. Blutdruckverhalten von Patienten mit Hypertonie bei der Arbeit im Vergleich zur Freizeit. *Nieren- und Hochdruckkrankheiten* 1996; 8: 352–4.
- Light KC. Environmental and psychosocial stress in hypertension onset and progression. In: *Hypertension*. S.Oparil, M.Weber. 2000.
- Karasek RA. Job decision latitude, and mental strain: Implications for jobs redesign. *Admin Sci Q* 1979; 24: 285–307.
- Cottingham EM, Matthews KA, Talbot D et al. Occupational stress, suppressed anger, and hypertension. *Psychosom Med* 1986; 48: 249–60.
- Dressler WW. Education, lifestyle and arterial blood pressure. *Psychosom Med* 1990; 24: 515–23.
- Schrader J, Lüders S. Unerwünscht. Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen von AT1-rezeptorantagonisten. In: P.Dominiak, T.Unger. *Angiotensin II AT1-rezeptor Antagonisten*. Steinkopf Verlag Darmstadt 1997.
- Pickering TG. Mental stress as a casual factor in the development of hypertension and cardiovascular disease. *Curr Hypertens Rep* 2001; 3: 249–54.
- Горбунов В.М., Смирнова М.И. Современные проблемы оценки эффективности антигипертензивной терапии: скрытая неэффективность лечения и «гипертония белого халата». *Рационал. фармакотерапия в кардиологии*. 2009; 3: 76–82. / Gorbunov V.M., Smirnova M.I. Sovremennye problemy otsenki effektivnosti antigipertenzivnoi terapii: skrytaia neeffektivnost' lecheniia i «gipertonii belogo khalata». *Ratsion. farmakoterapiia v kardiologii*. 2009; 3: 76–82. [in Russian]
- 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.
- Wise TN. Psychosomatics: Past, present and future. *Psychother Psychosomat* 2014; 83 (2): 65–9.
- Gross JJ. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychol Inquiry* 2015; 26: 1–26.

32. Rosenzweig S. The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *J Personality* 1945; 14 (4): 3–23.
33. Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций. Методические рекомендации. Л.: Изд-во Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, 1984. / Tarabrina N.V. Eksperimental'no-psikhologicheskaja metodika izucheniia frustratsionnykh reaktcii. Metodicheskie rekomendatsii. L.: Izd-vo Psikhonevrologicheskogo instituta im. V.M.Bekhtereva, 1984. [in Russian]
34. Первичко Е.И. Роль психологических факторов в возникновении минимальной морфофункциональной патологии сердца. Материалы Первой Всероссийской конференции «Психология сегодня». Ежегодник за 1996 г. М.: РПО, 1996; с. 16–7. / Pervichko E.I. Rol' psikhologicheskikh faktorov v vozniknovenii minimal'noi morfofunktsional'noi patologii serdtsa. Materialy Pervoi Vserossiiskoi konferentsii «Psikhologija segodnia». Ezhegodnik za 1996 g. M.: RPO, 1996; s. 16–7. [in Russian]
35. 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
36. Первичко Е.И. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж.Гросса и культурно-деятельностный подход. В 2 ч. Ч. 2. Культурно-деятельностный подход к проблеме стратегий и механизмов регуляции эмоций. Национальн. психол. журн. 2015; 1 (17): 39–51. / Pervichko E.I. Strategii reguliatsii emotsii: protsessual'naja model' Dzh.Grossa i kul'turno-deiatel'nostnyi podkhod. V 2 ch. Ch. 2. Kul'turno-deiatel'nostnyi podkhod k probleme strategii i mekhanizmov reguliatsii emotsii. Natsional'n. psikhol. zhurn. 2015; 1 (17): 39–51. [in Russian]
37. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Клинико-психологическое исследование регуляции эмоций: культурно-деятельностный подход. *Вопр. психологии.* 2016; 3: 41–57. / Zinchenko Ju.P., Pervichko E.I. Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie reguliatsii emotsii: kul'turno-deiatel'nostnyi podkhod. *Vopr. psikhologii.* 2016; 3: 41–57. [in Russian]
38. Koole S. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition Emotion* 2009; 23 (1): 4–41.
39. Compas BE, Jaser SS, Dunbar JP et al. Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Aust J Psychol* 2014; 66 (2): 71–81.
40. Hollender M. Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry* 1965; 6: 94–103.
41. Hewitt P, Flett G. Dimensions of perfectionism. *Cog Ther Res* 1998; 7: 21–45.
42. Hewitt P, Flett G. Perfectionism and stress processes in psychopathology. *Perfectionism: Theory, research, and treatment.* Washington, DC: American Psychological Association, 2002; p. 255–85.
43. Flett GL, Hewitt PL (Eds.). *Perfectionism: Theory, research and treatment.* Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
44. Гарanian Н.Г., Юдеева Т.Ю. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. *Психол. журн.* 2009; 6: 93–103. / Garanian N.G., Iudeeva T.Iu. Struktura perfektsionizma u patsientov s depressivnymi i trevozhnymi rasstroistvami. *Psikhol. zhurn.* 2009; 6: 93–103. [in Russian]
45. Accordino DB, Accordino MP, Slaney RB. An investigation of perfectionism, mental health, achievement, and achievement motivation in adolescents. *Psychol Schools* 2000; 37 (6): 535–45. DOI: 10.1002/1520-6807
46. Rice KG, Ashby JS, Gilman R. Classifying adolescent perfectionists. *Psychol Assessment* 2011; 23 (3): 563–77. DOI:10.1037/a0022482
47. Ashby JS, Noble C, Gnika PB. Multidimensional Perfectionism, Depression, and Satisfaction with Life: Differences among Perfectionists and Tests of a Stress-Mediation Model. *J Coll Counsel* 2012; 15: 130–43.
48. Hammen C. Generation of stress in the course of unipolar depression. *J Abnorm Psychol* 1991; 100 (1): 55–61.
49. Appleton PR, Hall HK, Hill AP. Relations between multidimensional perfectionism and burnout in junior-elite male athletes. *Psychol Sport Exerc* 2009; 10: 457–65. DOI: 10.1016/j.psychsport.2008.12.006
50. Tashman LS, Tenenbaum G, Eklund R. The effect of perceived stress on the relationship between perfectionism and burnout in coaches. *Anxiety, Stress, Coping* 2010; 23: 195–12. DOI: 10.1080/10615800802629922
51. Холмогорова А.Б., Гарanian Н.Г. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия. *Московский психотерапевт. журн.* 2004; 1: 18–35. / Kholmogorova A.B., Garanian N.G. Nartsissizm, perfektsionizm i depressiia. *Moskovskii psikhoterapevt. zhurn.* 2004; 1: 18–35. [in Russian]
52. Sherry SB, Gralnick TM, Hewitt PL et al. Perfectionism and narcissism: Testing unique relationships and gender differences. *Personality Individual Differences* 2014; 61: 52–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.01.007>
53. Грачева И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П.Хьюитта и Г.Флетта. *Психол. журн.* 2006; 27 (6): 73–80. / Gracheva I.I. Adaptatsiia metodiki «Mnogomernaia shkala perfektsionizma» P.Kh'iuitta i G.Fletta. *Psikhol. zhurn.* 2006; 27 (6): 73–80. [in Russian]

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Остроумова Ольга Дмитриевна** – д-р мед. наук, проф. каф. факультетской терапии и профболезней ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И.Евдокимова; проф. каф. клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: [ostroumova.olga@mail.ru](mailto:ostroumova.olga@mail.ru)

**Первичко Елена Ивановна** – доц., канд. психол. наук, доц. каф. нейро- и патопсихологии фак-та психологии ФГБОУ ВО МГУ им. М.В.Ломоносова. E-mail: [elena\\_pervichko@mail.ru](mailto:elena_pervichko@mail.ru)

**Зинченко Юрий Петрович** – акад. РАО, д-р психол. наук, проф., декан фак-та психологии, зав. каф. методологии психологии ФГБОУ ВО МГУ им. М.В.Ломоносова. E-mail: [Zinchenko@psy.msu.ru](mailto:Zinchenko@psy.msu.ru)