

# ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ, ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

## ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

УДК 616-05, 159.942

<sup>1</sup>Первичко Е.И., <sup>1</sup>Зинченко Ю.П., <sup>2</sup>Мартынов А.И.

<sup>1</sup>МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва.

<sup>2</sup>МГМСУ имени А.И. Евдокимова, Москва.

## DIAGNOSTICS OF EMOTION REGULATION DISTURBANCES IN MITRAL VALVE PROLAPSE PATIENTS AS THE PART OF REHABILITATION PROGRAM

<sup>1</sup>Pervichko E.I., <sup>1</sup>Zinchenko Y.P., <sup>2</sup>Martynov A.I.

<sup>1</sup>Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow.

<sup>2</sup>Faculty of General Medicine, Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow.

### Введение

В настоящее время общепризнан многофакторный генез большинства сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В последние годы все более убедительные доказательства получает положение о значимости психологических факторов в патогенезе большинства расстройств сердечно-сосудистой системы и становлении их клинических проявлений. При этом прежде всего подчеркивается патогенная роль эмоций и, как правило, указывается на неспособность пациентов с ССЗ к их регуляции [1, 2].

Благодаря возросшим диагностическим возможностям описываются все новые формы сердечно-сосудистой патологии, представляющие интерес для проверки психосоматических гипотез. В их числе – пролапс митрального клапана (ПМК), при котором в качестве важной клинической характеристики выступают неспецифические жалобы психовегетативного содержания, не соответствующие по своему обилию и интенсивности имеющимся у пациента анатомо-физиологическим изменениям со стороны сердечно-сосудистой системы [3, 4, 5, 6]. Основное место в клинической картине ПМК занимают жалобы на головные боли, возникающие при переутомлении и эмоциональной нагрузке, на головокружение, сердцебиение, одышку [6, 7]. Боли в сердце отмечаются в 32–65 % случаев [8, 9]. Показано, что они имеют атипичный характер и проходят после приема транквилизаторов [6, 9, 10, 11]. Эти пациенты часто описываются в качестве «трудных» больных, предъявляющих многочисленные жалобы на низкое «качество жизни», свидетельствующие

об их эмоциональном и личностном неблагополучии [1, 9, 11]. Согласно опубликованным данным, у 2/3 лиц с ПМК выявляются признаки тревожных расстройств [5, 9, 11].

Исходя из вышеизложенного нами проведено исследование, целью которого было изучение особенностей регуляции эмоций у пациентов с ПМК, в сравнении со здоровыми лицами.

За последние десятилетия количество публикаций по проблеме регуляции эмоций в норме и патологии в психологической литературе многократно возрастает с каждым годом [12, 13], что обусловлено актуальными практическими запросами: статистика ВОЗ свидетельствует о неуклонном росте тревожных, депрессивных и психосоматических расстройств, а также аддиктивного и антисоциального поведения в современном обществе [14]. Согласно опубликованным данным, выраженные нарушения РЭ выявляются у 40–75% перечисленных выше пациентов [15, 16].

Эмоции в психологии определяются как «психическое отражение в форме непосредственного пристрастного переживания жизненного смысла явлений и ситуаций, обусловленного отношением их объективных свойств к потребностям субъекта» [17] и признаются одним из наиболее сложных для изучения классов психических явлений. Под регуляцией эмоций понимается совокупность 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 позво-

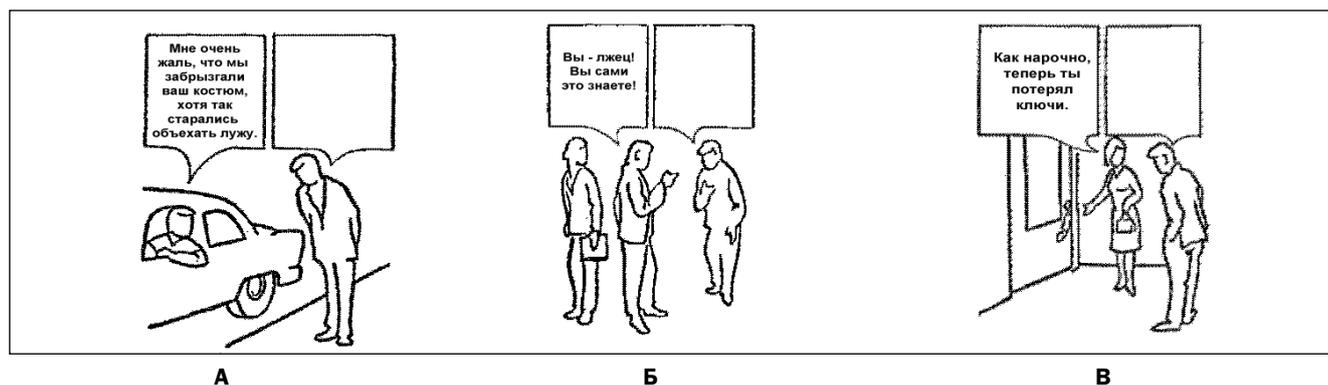


Рис. 1. Тест Розенцвейга: примеры ситуаций

лить ему функционировать адаптивно в эмоционально значимых ситуациях [12, 13, 18, 19].

**Материалы и методы исследования**

В исследовании приняли участие 134 нелеченых пациентов с ПМК 1-2 степени в возрасте от 18 до 37 лет (средний возраст 25.5±1.1 лет). Контрольную группу составили 73 практически здоровых человека (средний возраст 27.5±1.3 лет).

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 [20]: участникам предлагали для решения 12 интеллектуальных 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 их них в произвольном порядке. Для усиления стрессового характера ситуации вводили ограничения времени решения заданий. При психологическом анализе учитывали, задачи какой сложности выбирает испытуемый и как он меняет выбор задач в зависимости от успешности или неуспешности решения предыдущей, что, собственно, и характеризует уровень притязаний. До и после эксперимента оценивали уровни артериального давления (АД) и реак-

тивной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина [21, 22]. Процедура проведения эксперимента фиксировалась на видео для последующей оценки показателей невербальной активности испытуемых: мимика, жесты, смена поз, изменение интонации голоса.

На втором этапе использован модифицированный нами вариант теста Розенцвейга [23-28]. Участникам предлагали набор из 24 карт стимульного материала теста Розенцвейга [23, 24] (см. примеры на рис. 1). Из них 16 – это так называемые ситуации препятствия (рис. 1А), а 8 – ситуации обвинения (считаются более «эмоционально насыщенными», рис. 1Б и 1В) [23].

Испытуемые должны были выбрать из предложенного набора те ситуации, которые являются для них наиболее травмирующими. Далее им предоставляли специальный набор так называемых эмоциональных дескрипторов (набор из 73 слов, наиболее часто используемых в русском языке для описания эмоциональных явлений – гнев, страх, удивление, радость и т.д.) [29] 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 харак-

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

Показатели АД	ПМК, n=134	Здоровые лица, n=73	Достоверность различий
САД до эксперимента	107.39±9.15	113.63±4.13	p<0.05
САД после эксперимента	107.39±9.15	116.78±4.17	p<0.05
ΔСАД	13.24±2.96	3.15±0.81	p<0.001
ДАД до эксперимента	70.74±5.73	76.64±7.50	p<0.05
ДАД до эксперимента	75.07±11.65 *	77.15±8.07	—
ΔДАД	4.16±1.19	0.51±0.13	p<0.001

Примечание. САД – систолическое АД; ДАД – диастолическое АД;

\* – различия достоверны при сравнении данных первого и второго измерений (p<0.05).

Таблица 2. Средние значения уровня РТ до и после эксперимента (баллы,  $M \pm SD$ )

Реактивная тревожность (РТ)	ПМК, n=134	Здоровые лица, n=73	Достоверность различий
РТ до эксперимента	45.94±7.05	37.70±4.13	$p < 0.001$
РТ после эксперимента	46.06±7.92	37.81±4.17	$p < 0.001$
$\Delta$ РТ	0.12±0.52	0.11±0.09	-

теристика (радость, гнев, презрение, удивление и т.д.) выбранных эмоциональных дескрипторов; (3) частота использования различных стратегий регуляции эмоций в условиях инструкции А и инструкции С [26, 27, 28].

### Результаты эксперимента с эмоциональной нагрузкой

Анализ значений АД показал, что после завершения эксперимента повышение АД наблюдается в обеих группах, однако пациенты с ПМК отличаются от контрольной группы высокодостоверным ( $p < 0.001$ ) повышением значений систолического АД в процессе эмоциональной нагрузки (табл. 1).

По уровню реактивной тревожности как до, так и после эмоциональной нагрузки пациенты с ПМК достоверно превосходят представителей контрольной группы (табл. 2).

При этом для большинства пациентов с ПМК, в отличие от здоровых лиц, характерно преимущественное снижение уровня тревоги по окончании эксперимента (53.7% и 39.7%, соответственно;  $p < 0.05$ ). Допустимо предположить, что в этом случае речь идет о подавлении и вытеснении пациентами с ПМК существующей у них тревоги. Поскольку уровень систолического АД у них при этом повышался в достоверно большей степени по сравнению со здоровыми лицами, можно говорить о значительно больших негативных физиологических последствиях такого подавления тревоги для пациентов с ПМК.

Исследование особенностей уровня притязаний показало, что у здоровых участников исследования

наиболее часто (60.3% случаев) выявлялся адекватный и устойчивый уровень притязаний: в процессе проведения эксперимента они проявляют адекватные и гибкие реакции на успех и неуспех, выбирая более сложные задания в случае успешного решения предыдущего и, наоборот, более легкие, если не смогли справиться с предыдущим (табл. 2). В группе пациентов с ПМК достоверно чаще, чем у здоровых лиц, встречаются такие типы уровня притязаний, как неустойчивый (выбор заданий «хаотичен» и не зависит от успеха или неуспеха решения предыдущих) и заниженный ригидный (большинство выбранных задач относились к категории легких). Более того, у 18.7% пациентов с ПМК уровень притязаний в процессе исследования сформировать не удалось: при выборе задач для решения они последовательно выбирали задачи от 1 до последнего задания (по возрастанию), тем самым отказываясь от демонстрации реальных притязаний (табл. 2). Наличие заниженного ригидного уровня притязаний и его неформируемость – убедительный показатель того, что у пациентов с ПМК на первый план в структуре мотивации достоверно чаще, чем у здоровых лиц, выходит мотив «избегания неудачи». В случае неустойчивого уровня притязаний мы видим последовательную актуализацию мотивов достижения и избегания неудачи.

Таким образом, для пациентов с ПМК характерна высокая частота актуализации мотива избегания неудачи в ситуациях эмоциональной нагрузки. Однако решение слишком простых задач для субъекта с высокой самооценкой не приносит желаемого удовлетво-



Рис. 2А. Интернальные стратегии регуляции эмоций при спонтанном отреагировании. Частотный анализ (%)



Рис. 2Б. Экстернальные стратегии регуляции эмоций при спонтанном отреагировании. Частотный анализ (%)

**Примечание.** \* – различия между группами достоверны ( $p < 0,05$ ); \*\* – различия между группами высокодостоверны ( $p < 0,001$ ).



Рис. 3А. Интернальные стратегии регуляции эмоций при произвольном отреагировании. Частотный анализ (%)



Рис. 3Б. Экстернальные стратегии регуляции эмоций при произвольном отреагировании. Частотный анализ (%)

**Примечание.** \* – различия между группами достоверны ( $p < 0,05$ ); \*\* – различия между группами высокодостоверны ( $p < 0,001$ ).

рения, фактически оборачиваясь во внутриличностном плане переживанием хронического неуспеха [20, 30, 31], что способствует возникновению и повышению эмоциональной напряженности и, как следствие, – стойкому повышению АД. При этом пациенты с ПМК отличаются от здоровых лиц достоверно более активной жестикуляцией, более частыми изменениями тона голоса и более высокими значениями суммарного балла невербальной активности (табл. 3).

**Результаты выполнения модифицированного теста Розенцвейга**

Показано, что пациенты с ПМК отличаются от здоровых лиц большим количеством ситуаций, относимых к разряду эмоционально значимых ( $7.9 \pm 0.7$  и  $5.9 \pm 1.1$ , соответственно;  $p < 0.05$ ) и количества дескрипторов, отбираемых для описания возникающих при этом переживаний ( $8.5 \pm 1.5$  и  $7.1 \pm 1.4$ , соответственно). Анализ показал, что такое «расширение» объема эмоционально значимых событий в группе пациентов с ПМК происходит за счет отнесения к

их числу относительно эмоционально нейтральных ситуаций из числа ситуаций препятствия (см. рис. 1А). Количество выбранных ситуаций препятствия у здоровых лиц составило  $2.4 \pm 1.0$ ; тогда как при ПМК –  $4.6 \pm 1.6$  ( $p < 0.05$ ). При этом пациенты с ПМК в ряде случаев не относят к разряду травмирующих наиболее «эмоционально нагруженные» ситуации из числа ситуаций обвинения (см. рис. 1Б и 1В). По частоте встречаемости данного феномена пациенты с ПМК достоверно превосходят здоровых лиц (17.9% и 8.3%, соответственно;  $p < 0.001$ ). При использовании обеих обозначенных стратегий эффект по регуляции эмоций достигается, но исключительно за счет искажения ситуации при формировании её образа в условиях дефицита рефлексии.

Одним из наиболее важных результатов данного исследования является выделение стратегий регуляции эмоций, наиболее часто используемых пациентами с ПМК, в сравнении со здоровыми лицами при разрешении эмоционально значимых ситуаций, а

Таблица 2. Частота встречаемости типичных стратегий уровня притязаний (количество человек, %)

Тип уровня притязаний	ПМК, n=134		Контроль, n=73	
	n	%	n	%
Несформированный УП	25	18,7	3	4,1
Заниженный ригидный УП	39	29,0	10	13,7
Неадекватный неустойчивый УП	49	36,6	12	16,4
Адекватный устойчивый УП	21	15,7	44	60,3

**Примечание.** \* – различия между группами достоверны ( $p < 0.05$ ); \*\* – различия между группами высокодостоверны ( $p < 0.001$ ).

Таблица 3. Значения показателей невербальной активности в ходе эксперимента (абс. величины,  $M \pm SD$ )

Показатели невербальной активности	ПМК, n=134	Здоровые лица, n=73	Достоверность различий
Жесты	20.0±3.1	14.1±2.6	p<0.05
Смена поз	7.9±2.3	5.8±0.9	—
Мимика	14.6±2.7	15.2±2.2	—
Изменения тона голоса	10.2±1.9	5.2±1.1	p<0.001
Суммарный балл	52.7±4.3	40.3±5.7	p<0.05

также описание существующих межгрупповых различий и их психологических причин.

Выделяют два класса стратегий регуляции эмоций: (1) интернальные и (2) экстернальные [26-28]. Использование интернальных стратегий предполагает изменение субъектом своего эмоционального состояния за счет когнитивной переоценки ситуации. Экстернальные стратегии направлены на изменение экспрессивных характеристик эмоций (внешних проявлений) и решение коммуникативных задач в ситуациях социального взаимодействия и, тем самым, опосредованно, на изменение своего эмоционального состояния. Можно это убрать в этой статье.

### 1. Интернальные стратегии регуляции эмоций [26-28]:

- *Руминации и катастрофизация*: обращение к мыслям, преувеличивающим негативные аспекты произошедшего, с неспособностью «отключиться» от них. Характерна склонность драматизировать ситуацию. Данная стратегия является малоэффективной.
- *Сравнение и обесценивание*: обесценивание значимости события и/или нивелирование его травмирующего значения: «могло быть хуже» и т.п. Также является малоэффективной стратегией.
- *Позитивный пересмотр*: характерна склонность к приписыванию положительного смысла сложившейся ситуации. Другими словами, речь идет о поиске позитивных сторон произошедших событий. Выделение и актуализация позитивного значения события осуществляется на основе сверхобобщения, например: «посуда бьется к счастью». Стратегия средней эффективности.
- *Последовательная актуализация новых личностных смыслов*: сложный в когнитивном отношении процесс, в котором последовательно актуализируется и разворачивается система когнитивных приемов, направленных на поиск нового смыслового наполнения ситуации. Например, принятие вины на себя при вербальном ответе с включением «смягчающих обстоятельств» для снятия «эмоциональной нагрузки» ситуации. «Извините, я это сделал не специально... но, возможно, вовсе не из-за нанесенной мной обиды он там? Но я все равно чувствую себя виноватым». Высокоэффективная стратегия.
- *Трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры*: 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. 1В). Эффект регуляции эмоций при адекватном использовании этой стратегии выражен максимально.

### 2. Экстернальные стратегии регуляции эмоций [26-28]:

- *Непосредственное выражение эмоций*: О непосредственном выражении эмоций можно говорить в том случае, когда экспрессия непосредственно отражает эмоциональное состояние субъекта. Отсутствие расхождения в ответах в условиях инструкций А и В (ответил и подумал) и при совпадении вербального и невербального планов ответа; преимущественно при их выраженном негативизме. Например: «Да пошел ты!».
- *Подавление экспрессии эмоций*: человек контролирует внешние проявления эмоций (например, следит за своей мимикой, тембром голоса); 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.
- *Конфликтно-коммуникативное отреагирование*: представляет собой, по сути, определенным образом организованное эмоциональное воздействие на Другого: человек пытается манипулировать и управлять партнером по общению. И вербальные, и невербальные реакции строятся субъектом таким образом, чтобы в социально приемлемой форме вызвать у партнера по коммуникации определенные эмоции. Характерна диссоциация между экспрессивным компонентом эмоции и состоянием. Например, в социально приемлемой форме, но путем вызова состояния дискомфорта у партнера по общению человек пытается показать, что возникшая ситуация ему неприятна: «тебе нужно худеть, голубчик!» «всего хорошего, веселитесь!» (при этом тон, которым произносится фраза, а также мимическое и пантомимическое сопровождение, не предвещают ничего

хорошего). Такими способами можно смягчить открытую оппозицию и попытаться самому избавиться от чувства вины. Стратегия средней эффективности.

- *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. Может выражаться в виде юмора и шуток, а также в переключении внимания партнера по общению к скрытым элементам ситуации: «Слава Богу, никто не пострадал!» (о ситуации на рис. 1А).

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

В нашем исследовании показано, что пациенты с ПМК в целом могут быть охарактеризованы как использующие при спонтанном отреагировании менее действенные с точки зрения разрешения задач социального взаимодействия и снижения эмоциональной напряженности стратегии РЭ, по сравнению со здоровыми лицами (рис. 2А и 2Б).

Ответы испытуемых на вопрос С позволяли оценить, знают ли они, какие стратегии регуляции эмоций надо использовать в эмоционально значимых ситуациях с целью регуляции эмоций. И здесь было обнаружено, что пациенты с ПМК значимо чаще стали выбирать средне- и высокоэффективные интернальные и экстернальные стратегии регуляции эмоций: «трансформацию переживаний с помощью юмора» и «позитивный пересмотр» (рис. 2 А и рис. 3 А); также как и наиболее эффективную экстернальную стратегию регуляции эмоций – «субъект-субъектные интерактивные трансформации» – в 2 раза чаще! (рис. 2 Б и рис. 3 Б).

Таким образом, результаты показали доступность пациентам с ПМК конструктивно сложных и эффективных способов решения задачи регуляции эмоций. Вместе с тем, «более адаптивные» и конструктивные стратегии практически не используются ими при спонтанном отреагировании при восприятии ситуаций в качестве эмоционально значимых.

### **Заключение**

Проведенное исследование позволило доказать, что здоровые лица, в сравнении с пациентами с ПМК, 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 ПМК преимущественно выбирают малоэффективные стратегии регуляции эмоций, что доказано в проведенном исследовании с использованием методов психологической диагно-

стики. При этом больные с ПМК, согласно полученным данным, осознают необходимость использования других, более эффективных стратегий, однако в ситуациях повышенной эмоциональной нагрузки они оказываются неспособны к рефлексии и выбору оптимальных стратегий: они во власти эмоций (в исследовании показано большое количество выбираемых ими эмоционально значимых (травмирующих) ситуаций и дескрипторов для описания возникших переживаний). Полученные результаты также показали, что пациенты с ПМК часто прибегают к репрессии (подавлению) эмоций. Согласно данным дисперсионного анализа, для пациентов с ПМК, прибегающих к репрессии эмоций и руминациям, характерно наличие признаков хронического стресса, выраженной реакции АД в ответ на эмоциональную нагрузку, что говорит о том, что данные стратегии регуляции эмоций являются неэффективными в преодолении эмоциональной напряженности и могут рассматриваться в качестве важного звена патогенеза клинических проявлений ПМК. В психологических исследованиях показано, что частое использование стратегии подавления экспрессии эмоций не решает задачи социальной адаптации субъекта: такие люди описываются как неприятные партнеры по общению [12, 32, 33], что, естественно, не может не усугублять эмоциональную напряженность.

Таким образом, пациенты с ПМК потенциально обладают способностью к эффективной регуляции эмоций в ситуациях социального взаимодействия. Однако, попадая в «эмоционально насыщенные» ситуации, они воспринимают их как лично значимые, как ситуации «вызова» к их способностям, наделяя их избыточной и не всегда адекватной смысловой нагрузкой. Это с неизбежностью приводит к возникновению состояния эмоциональной напряженности, имеющей неблагоприятные физиологические последствия (повышение АД, изменение частоты сердечных сокращений и др.). Однако именно в ситуациях повышенной эмоциональной нагрузки, согласно как данным других исследователей [6, 9-11], так и нашим результатам [33-35], они оказываются неспособны к рефлексии и выбору оптимальных стратегий регуляции эмоций.

Полученные результаты, в совокупности, расширяют представления об этиологии и патогенезе клинических проявлений ПМК, что необходимо для решения профилактических, диагностических и терапевтических задач. Полученные результаты обосновывают необходимость включения в тактику ведения обследования и лечения пациентов с ПМК психодиагностики, психологического консультирования и, в случае выявления факторов риска утяжеления клинических проявлений ПМК, – психотерапии, направленной на помощь пациентам в понимании психологических механизмов клинической картины 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.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Molinari E., Compare A., Parati G. *Clinical Psychology and Heart Disease*. New York: Springer-Verlag; 2006.
2. Wise T.N. Psychosomatics: Past, present and future. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 2014; 83(2): 65–69.
3. Нецаева Г.И., Дрокина О.В., Мартынов А.И., Логинова Е.Н., Друк И.В., Лялюкова Е.А., Вершинина М.В. Основы курации пациентов с дисплазией соединительной ткани в первичном звене здравоохранения. *Терапия*; 2015; 1: 29–36.
4. Hayek E., Gring C.N., Griffin B.P. Mitral valve prolapse. *Lancet*; 2005; 365(9458): 507–518.
5. O'Rourke RA, Bailey SR. Mitral valve prolapse syndrome. In: Fuster V, Alexander R, O'Rourke RA, et al, eds. *Hurst The Heart*. 11th ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2004: 1695–1706.
6. Scordo K. Medication use and symptoms in individuals with mitral valve prolapse syndrome. *Clinical Nursing Res*; 2007; 16: 58–71.
7. Van Der Ham D.P., De Vries J.K., Van Der Merwe P.L. Mitral valve prolapse: a study of 45 children. *Cardiovasc J South Afr*; 2003; 14: 191–194.
8. Barlow J.R. Mitral valve billowing and prolapse — an overview. *Aust N Z J Med*; 1992; 22(5): 541–549.
9. Stavrakaki C., Williams E., Boisjoli A., Vlad P., Chasse H. Mitral valve prolapse and psychiatric complications: A case report. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*; 1991; 16(1): 45–49.
10. Coplan J.D., Papp L.A., King D.L., Gorman J.M. Amelioration of mitral valve prolapse after treatment for panic disorder. *Am J Psychiatry*; 1992; 149(11): 1587–1588.
11. Gonzalez E.A., Pimentel C., Natale R.A., Toll B.A., Soffer A., Gralnik L.M. Psychiatric and medical co-morbidity in mitral valve prolapse. *Ir J Psych Med*; 2002; 19(1): 16–20.
12. Gross J.J. (Ed.). *The Handbook of Emotion Regulation* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press; 2014.
13. Gross J.J. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*; 2015; 26: 1–26.
14. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization: WHO Press; 2016.
15. Gross J.J., Jazaieri H. Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clinical Psychol Sci*; 2014; 2(4): 387–401.
16. Sheppes G., Suri G., Gross J.J. Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*; 2015; 11: 379–405.
17. Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М.: Политиздат; 1985; 407.
18. Koole S. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*; 2009; 23(1): 4–41.
19. Compas B.E., Jaser S.S., Dunbar J.P., Watson K.H., Bettis A.H., Gruhn M.A., Williams E.K. Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian J of Psychology*; 2014; 66(2): 71–81.
20. Karsten A. Aspiration level. In: *Encyclopedia of Psychology* / H.J. Eysenck, W. Arnold, and R. Meili (Eds.). New York: Herder and Herder; 1972; 1: 84–86.
21. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., Vagg P.R., Jacobs, G.A. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
22. Ханнин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л.: ЛНИИТЕК; 1976.
23. Rosenzweig S. The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *J of Personality*; 1945; 14(4): 3–23.
24. Тарабина Н.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Методические рекомендации. Л.: Изд-во психоневрологического института им. В.М. Бехтерева; 1984.
25. Первичко Е.И. Роль психологических факторов в возникновении минимальной морфофункциональной патологии сердца. Материалы Первой Всероссийской конференции “Психология сегодня”. Ежегодник за 1996 г. Москва: Изд-во РПО; 1996; 16–17.
26. Первичко Е.И. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж. Гросса и культурно-деятельностный подход. В 2-х ч. Ч. II. Культурно-деятельностный подход к проблеме стратегий и механизмов регуляции эмоций. *Национальн. психол. журн*, 2015; 1(17): 39–51.
27. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Клинико-психологическое исследование регуляции эмоций: культурно-деятельностный подход. *Вопросы психологии*; 2016; 3: 41–57.
28. Pervichko E., Zinchenko Y. Rosenzweig Picture-Frustration Test Modification for a Study of Emotion Regulation Strategies Among the Patients with Stress-Induced Hypertension. *European Psychiatry*; 2016; 33: S709–S710.
29. Макеева А.И. Изучение смысловых полей эмоциональных категорий. *Новые исследования в психологии*; 1980; 1: 70–75.
30. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения. Спб.: Речь; 2001.
31. Бороздина Л.В. Диагностика мотивации достижения успеха и избегания неудачи. Учебное пособие для спецпрактикума (авторская разработка психодиагностической схемы) М.: Акрополь; 2012.
32. Butler E.A., Egloff B., Wilhelm F.W., Smith N.C., Erickson E.A., Gross J.J. The social consequences of expressive suppression. *Emotion*; 2003; 3: 48–67.
33. Dan-Glauser E.S., Gross J.J. The temporal dynamics of two response-focused forms of emotion regulation: Experiential, expressive, and autonomic consequences. *Psychophysiology*; 2011; 48: 1309–1322.
34. Zinchenko Yu. P, Pervichko E.I., Martynov A.I. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patients. *Psychology in Russia: State of the Art*; 2013; 6(2): 89–102.
35. Zinchenko Y., Pervichko E. Qualitative Characteristics of Emotion Regulation Process in Adolescents with Mitral Valve Prolapse. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*; 2014; 146: 76–82.
36. Pervichko E., Zinchenko Y. Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Mitral Valve Prolapse. *European Psychiatry*; 2016; 33: S441–S442.

## REFERENCES:

1. Molinari E., Compare A., Parati G. *Clinical Psychology and Heart Disease*. New York: Springer-Verlag, 2006; 510 p.
2. Wise T.N. Psychosomatics: Past, present and future. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 2014; 83(2): 65–69.
3. Nechaeva G.I., Drokina O.V., Martynov A.I., Loginova E.N., Druk I.V., Ljaljukova E.A., Vershinina M.V. Osnovy kuracii pacientov s displaziej soedinitel'noj tkani v pervichnom zvene zdravooxranenija. *Fundamentals of Supervision of patients with connective tissue dysplasia in primary care Terapija*; 2015; 1: 29–36.
4. Hayek E., Gring C.N., Griffin B.P. Mitral valve prolapse. *Lancet*; 2005; 365(9458): 507–518.
5. O'Rourke RA, Bailey SR. Mitral valve prolapse syndrome. In: Fuster V, Alexander R, O'Rourke RA, et al, eds. *Hurst The Heart*. 11th ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2004: 1695–1706.
6. Scordo K. Medication use and symptoms in individuals with mitral valve prolapse syndrome. *Clinical Nursing Res*; 2007; 16: 58–71.
7. Van Der Ham D.P., De Vries J.K., Van Der Merwe P.L. Mitral valve prolapse: a study of 45 children. *Cardiovasc J South Afr*; 2003; 14: 191–194.
8. Barlow J.R. Mitral valve billowing and prolapse — an overview. *Aust N Z J Med*; 1992; 22(5): 541–549.
9. Stavrakaki C., Williams E., Boisjoli A., Vlad P., Chass H. Mitral valve prolapse and psychiatric complications: A case report. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*; 1991; 16(1): 45–49.
10. Coplan J.D., Papp L.A., King D.L., Gorman J.M. Amelioration of mitral valve prolapse after treatment for panic disorder. *Am J Psychiatry*; 1992; 149(11): 1587–1588.
11. Gonzalez E.A., Pimentel C., Natale R.A., Toll B.A., Soffer A., Gralnik L.M. Psychiatric and medical co-morbidity in mitral valve prolapse. *Ir J Psych Med*; 2002; 19(1): 16–20.
12. Gross J.J. (Ed.). *The Handbook of Emotion Regulation* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press; 2014.
13. Gross J.J. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*; 2015; 26: 1–26.
14. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization: WHO Press; 2016.
15. Gross J.J., Jazaieri H. Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clinical Psychol. Sci*; 2014; 2(4): 387–401.
16. Sheppes G., Suri G., Gross J.J. Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*; 2015; 11: 379–405.
17. Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. Москва: Политиздат, 1985; 407.
18. Koole S. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*; 2009; 23(1): 4–41.
19. Compas B.E., Jaser S.S., Dunbar J.P., Watson K.H., Bettis A.H., Gruhn M.A., Williams E.K. Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian J of Psychology*; 2014; 66(2): 71–81.

20. Karsten A. Aspiration level. In: Encyclopedia of Psychology / H.J. Eysenck, W. Arnold, and R. Meili (Eds.). New York: Herder and Herder, 1972; 1: 84–86.
21. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., Vagg P.R., Jacobs, G.A. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
22. Hanin Ju.L. Kratkoe rukovodstvo k primeneniju shkaly reaktivnoj i lichnostnoj trevozhnosti Ch.D. Spielbergera. Compact Manual to the application of Ch.D. Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory; Leningrad: LNIITEK; 1976.
23. Rosenzweig S. The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. J of Personality; 1945; 14(4): 3-23.
24. Tarabrina N.V. Jeksperimental'no-psihologicheskaja metodika izuchenija frustraci-onnyh reakcij: Metodicheskie rekomendacii. Experimental psychological technique for a study of reactions to frustration: Guidelines. Leningrad: Izdatel'stvo psihonevrologicheskogo instituta im. V. M. Behtereva; 1984.
25. Pervichko E.I. Rol' psihologicheskikh faktorov v vozniknovenii minimal'noj morfofunkcional'noj patologii serdca. Materialy Pervoj Vserossijskoj konferencii "Psihologija segodnja". Ezhegodnik za 1996 g. The role of psychological factors in the occurrence of minimal morphofunctional cardiac pathology. Proceedings of the First All-Russian Conference "Psychology Today". The Yearbook for 1996. Moskva: Izdatel'stvo RPO; 1996; 16-17.
26. Pervichko E.I. Strategii reguljaccii jemocij: processual'naja model' Dzh. Grossa i kul'turno-dejatel'nostnyj podhod. V 2-h ch. Ch. II. Kul'turno-dejatel'nostnyj podhod k probleme strategij i mehanizmov reguljaccii jemocij. Emotion regulation strategies: procedure modeling of J. Gross and cultural activity approach. National psychological journal. Part 2. Cultural activity approach to the issue of identifying strategies and mechanisms. Nacional'n. psihol. Zhurn; 2015; 1(17): 39-51.
27. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I. Kliniko-psihologicheskoe issledovanie reguljaccii jemocij: kul'turno-dejatel'nostnyj podhod. A clinical psychological study of emotional regulation: a cultural activity approach. Voprosy psihologii; 2016; 3: 41-57.
28. Pervichko E., Zinchenko Y. Rosenzweig Picture-Frustration Test Modification for a Study of Emotion Regulation Strategies Among the Patients with Stress-Induced Hypertension. European Psychiatry; 2016; 33: S709-S710.
29. Makeeva A.I. Izuchenie smyslovyh polej jemocional'nyh kategorij. A study of semantic fields of emotional categories. Novye issledovanija v psihologii; 1980; 1: 70-75.
30. Hekhauzen H. Psihologija motivacii dostizhenija. Psychology of achievement motivation. Sankt-Peterburg: Rech', 2001.
31. Borozdina L.V. Diagnostika motivacii dostizhenija uspeha i izbeganija neudachi. Uchebnoe posobie dlja specpraktikuma (avtorskaja razrabotka psihodiagnosticheskoj shemy). Diagnostics of motivation of achievement of success and avoid failure. A manual for special workshop (authoring of psychodiagnostic scheme). Moskva: Akropol'; 2012.
32. Butler E.A., Egloff B., Wilhelm F.W., Smith N.C., Erickson E.A., Gross J.J. The social consequences of expressive suppression. Emotion; 2003; 3: 48–67.
33. Dan-Glauser E.S., Gross J.J. The temporal dynamics of two response-focused forms of emotion regulation: Experiential, expressive, and autonomic consequences. Psychophysiology; 2011; 48: 1309–1322.
34. Zinchenko Yu. P., Pervichko E.I., Martynov A.I. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patients. Psychology in Russia: State of the Art; 2013; 6(2): 89-102.
35. Zinchenko Y., Pervichko E. Qualitative Characteristics of Emotion Regulation Process in Adolescents with Mitral Valve Prolapse. Procedia – Social and Behavioral Sciences; 2014; 146: 76-82.
36. Pervichko E., Zinchenko Y. Emotion Regulation Strategies in Adolescents with Mitral Valve Prolapse. European Psychiatry; 2016; 33: S441-S442.

## РЕЗЮМЕ

Статья посвящена обоснованию необходимости включения в тактику ведения обследования и лечения пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК). ПМК психодиагностики и психологического консультирования, а в случае выявления факторов риска утяжеления клинических проявлений ПМК, – психотерапии, направленной на помощь пациентам в понимании психологических механизмов клинической картины 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. Обсуждается проблема вклада нарушений регуляции эмоций в патогенез клинической картины ПМК. Подробно рассмотрены различные стратегии регуляции эмоций, проанализирована их используемость пациентами с ПМК. Приведены данные эксперимента по моделированию эмоциональной нагрузки, который позволил выявить, что в «стрессовой» ситуации пациенты с ПМК как по психологическим, так и по физиологическим особенностям отличаются от здоровых лиц. Показано, что лица с ПМК, при принципиальной доступности им конструктивно сложных и эффективных стратегий регуляции эмоций, достоверно чаще, чем здоровые участники исследования, прибегают к репрессии эмоций, и что выбираемые ими стратегии регуляции эмоций, в целом, являются неэффективными в преодолении эмоциональной напряженности.

**Ключевые слова:** Пролапс митрального клапана, эмоциональный стресс, регуляция эмоций, стратегии регуляции эмоций, эмоциональная напряженность, репрессия эмоций.

## ABSTRACT

The article is devoted to the justification of the need for inclusion in the tactics of examination and treatment of patients with MVP psychodiagnosics and psychological counseling, and in case of detection of risk factors for worsening clinical manifestations PMK – psychotherapy, aimed at helping patients in understanding the psychological mechanisms of the clinical picture of the disease; recognition training ability, differentiation and emotion understanding and accompanying cognitive processes; development of the capacity for reflection, as well as expansion of the range in use emotion regulation strategies. The problem of regulation of the contribution to the pathogenesis of emotional disorders clinical PMK. Details discussed various strategies of emotion regulation, analyzed their usability patients with MVP. The data of the experiment on simulation of emotional stress, which revealed that the "stressful" situations, patients with MVP both psychological and physiological characteristics different from those of healthy individuals. It has been shown that individuals with MVP, while in principle available to them structurally complex and effective strategies for regulating emotions, significantly more often than healthy study participants resorted to repression of emotion, and that they choose emotion regulation strategies as a whole, they are ineffective in overcoming the emotional tension.

**Keywords:** Mitral valve prolapse, emotional stress, emotion regulation, emotion regulation strategies, emotional tension, repression of emotions

## Контакты:

**Е.И. Первичко.** E-mail:elena\_pervichko@mail.ru