

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

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России», Москва, Россия; ³ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия

¹119991, Москва, Ленинские горы, 1; ²127423, Москва, ул. Дедегатская, 20, стр. 1;

³119991, Москва, ул. Большая Пироговская, 2, стр.4

Теории личностных черт и эссенциальная артериальная гипертензия: история и современность

В статье представлен анализ концепций личностных профилей и продемонстрирована возможность использования данного подхода для сравнительной оценки психологических особенностей пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ).

Изложены основные положения концепций Ф. Александера, Х.Ф. Данбар, М. Фридмана и Р. Розенмана, подчеркивающих значение эмоционально-личностных и поведенческих факторов для этиологии и патогенеза ЭАГ; подробно проанализированы психологические исследования характеристик так называемого типа личности D (distressed personality), который характеризуется сочетанием преобладания негативных эмоций, социальной изоляции и неспособности субъекта к регуляции этих факторов.

Представлены результаты собственного эмпирического исследования личностных особенностей (использован 16-факторный личностный опросник Кеттелла) пациентов с «гипертонией на рабочем месте» (АГ_{рм}) в сравнении с больными «классической» ЭАГ и здоровыми лицами. Показано, что больные АГ_{рм} являются достоверно менее общительными, менее эмоционально устойчивыми, более внутренне напряженными и застенчивыми; более склонными к самоконтролю и переживанию чувства вины. Экспериментальное психологическое исследование (с моделированием эмоциональной нагрузки и использованием модифицированного варианта методики изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга) выявило, что пациентам с АГ_{рм} свойственно максимально интенсивное переживание негативных стенических эмоций и они достоверно чаще прибегают к репрессии этих эмоций.

Полученные результаты доказывают неоднородность группы больных ЭАГ и подтверждают предположение о негативной аффективности и снижении социальной активности (социальной ингибции) пациентов с АГ_{рм}.

Ключевые слова: тип личности D; эссенциальная артериальная гипертензия; «гипертония на рабочем месте»; негативная аффективность; социальная ингибция; регуляция эмоций; репрессия эмоций.

Контакты: Юрий Петрович Зинченко; zinchenko@psy.msu.ru

Для ссылки: Зинченко ЮП, Первичко ЕИ, Остроумова ОД. Теории личностных черт и эссенциальная артериальная гипертензия: история и современность. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(1):4–11.

Theories of personality traits and essential arterial hypertension: history and modern times

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

¹M.V. Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia; ²A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; ³I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

¹1, Leninsky Gory, Moscow 119991; ²20, Delegatskaya St., Build. 1, Moscow 127473;

³2, Bolshaya Pirogovskaya St., Build. 4, Moscow 119991

The paper analyzes the concepts of personality profiles and demonstrates the possibility of applying this approach to comparatively assessing the psychological characteristics of patients with essential arterial hypertension (EAH).

It sets forth the fundamentals of the concepts by F. Alexander, H.F. Dunbar, M. Friedman, and R. Rosenman, which emphasize the importance of emotional, personal, and behavioral factors for the etiology and pathogenesis of EAH and analyzes in detail the psychological study of the characteristics of the so-called type D (distressed) personality that is characterized by a combination of the predominance of negative emotions, social isolation, and inability to regulate these factors.

The authors present the results of their own empirical study of personal characteristics (through the Cattell's 16 personality factors questionnaire) in patients with office hypertension (OH) versus those with classical EAH and healthy individuals. OH patients are shown to be significantly less sociable, less emotionally stable, more overwrought and shy, and more prone to self-control and feelings of guilt. The experimental psychological study (by simulating of emotional stress and by using the modified variant of the procedure developed by S. Rosenzweig to examine frustration reactions) has revealed that the patients with OH tend to experience the most intense negative sthenic emotions and they significantly more frequently resort to repression of these emotions.

The findings prove that the EAH group is heterogeneous and confirm the assumption that OH patients show negative affectivity and lower social activity.

Keywords: type D personality; essential arterial hypertension; office hypertension; negative affectivity; social inhibition; emotion regulation; emotional repression.

Contact: Yuri Petrovich Zinchenko; zinchenko@psy.msu.ru

For reference: Zinchenko YuP., Pervichko EI, Ostroumova OD. Theories of personality traits and essential arterial hypertension: history and modern times. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2018;10(1):4–11.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2018-1-4-11>

Зависимость болезней человека от особенностей его личности и эмоциональной жизни отмечали еще Авиценна, Гален и Гиппократ. Однако разработка концептуального аппарата, позволяющего описать эту связь, началась относительно недавно, только в конце XIX в. Появление первых психосоматических концепций по праву связывают с «психоаналитической революцией» начала XX в. Психоаналитики исходят из того, что бессознательные факторы нашей эмоциональной жизни играют важнейшую роль в генезе ряда заболеваний [1–4].

В психоанализе были выделены и описаны сразу несколько постулатов, которые вплоть до сегодняшнего дня имеют существенное значение для объяснения роли эмоционального и личностного факторов в патогенезе психосоматических расстройств: во-первых, психоанализ указал на наличие символической (содержательной) связи между психическими и телесными феноменами; во-вторых, в качестве значимого патогенного фактора, обуславливающего этиологию и патогенез психосоматических расстройств, был предложен аффективный конфликт; в-третьих, в качестве механизма, посредством которого бессознательные конфликты находят свое символическое выражение в соматических симптомах, был избран механизм конверсии [1, 2, 5–7].

Используя психоаналитическое понятие регрессии фрустрированных желаний к более ранним стадиям, Ф. Александер так объясняет патогенез эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) [8–10]. Центральным пунктом психодинамики пациента с ЭАГ является постоянная борьба с нарастающим враждебно-агрессивным чувством. Характерен выраженный конфликт между сильной агрессивностью, враждебными импульсами и пассивностью, зависимыми тенденциями. Существуют трудности самоутверждения. Пациенты боятся потерять благосклонность других и поэтому контролируют проявления своей враждебности. Однако больные с ЭАГ постоянно проявляют раздражительность, если сталкиваются с непреодолимым сопротивлением. Из чрезмерно совестливого и доводящего до крайностей поведения с излишним чувством ответственности рождаются усиленные чувства гнева и неприязни, для сдерживания которых со временем требуется все больше усилий. Так развивается порочный круг, который приводит к хроническому состоянию напряжения [8–10].

Таким образом, именно представителям классического психоанализа мы обязаны постановке вопроса о роли особенностей личности и нарушений регуляции эмоций (РЭ) как значимых факторов психосоматического синдрома генеза при ЭАГ.

Можно выделить несколько направлений как в классической, так и в современной психосоматической медицине, в которых по-разному отражено содержание эмоциональных и личностных факторов, значимых для развития психосоматических расстройств:

- теория специфического внутриличностного конфликта Ф. Александера;
- исследования личностных профилей;
- исследования, оперирующие понятием регрессии и изучающие особенности детско-родительских отношений в психосоматических семьях;
- работы, направленные на выяснение роли эмоционального стресса в патогенезе психосоматических расстройств.

В настоящей статье проанализированы концепции личностных профилей и продемонстрирована возможность использования данного подхода для сравнительной оценки психологических особенностей пациентов с ЭАГ.

Теории личностных черт в истории психосоматической медицины

Начало этому направлению исследований было положено в работах Х. Ф. Данбар, создателя первой теории специфичности личностных черт в психосоматике [11, 12]. Изучая личностные особенности пациентов с разными формами соматической патологии, она отметила их большое сходство при определенных заболеваниях, отличающее пациентов данной группы от больных с другими нозологиями и от здоровых людей. Основываясь на данных многолетних исследований (свыше 1600 наблюдений), Х.Ф. Данбар выделила и описала констелляции черт для восьми заболеваний, которые, по данным ее исследований, в большей степени, чем все остальные, зависят от психологических причин: ревматоидный артрит и ревматическая лихорадка, ревматические пороки сердца, сахарный диабет, артериальная гипертензия (АГ), нарушения ритма сердца, травматизм, бронхиальная астма [11]. Для каждого типа личности, утверждала она, характерны вполне определенные способы эмоционального переживания и контроля эмоций. Комплексы психологических характеристик, присущие личностям определенного склада, имеют, по Х.Ф. Данбар, и диагностическую, и прогностическую ценность.

Х.Ф. Данбар была первым исследователем, выделившим основные характеристики «гипертонической личности»: частое переживание гнева, чувство вины за собственные враждебные импульсы, повышенная потребность в одобрении со стороны окружающих. Она не отрицала значения внутриличностного конфликта как важного фактора психосоматического синдрома генеза, однако считала, что главной задачей обследования больных является *определение условий, при которых хроническое эмоциональное напряжение становится устойчивым и фиксированным, и утверждала, что в этом плане понятие личностного профиля лучше объясняет специфику психосоматических нарушений* [11, 12]. Х.Ф. Данбар считала эмоциональные проявления пациента (особенности эмоционально-конфликтного содержания) производными от личностных особенностей. Однако при этом она отмечала, что спор о том, что является

ся более важным для этиологии и патогенеза психосоматического расстройства — комплекс личностных черт или эмоциональный конфликт, непродуктивен, и что она и Ф. Александер, автор теории специфического внутриличностного конфликта, не являются противниками, понимая, что оба этих патогенных фактора органично включены в процесс «боления» и должны стать предметом целенаправленного изучения [11].

Современники и последователи упрекали Х.Ф. Данбар как раз за недостаточный учет в ее исследованиях роли аффективного конфликта в происхождении заболевания, т. е. *собственно психологических закономерностей*, и подмену их популяционно-статистическими исследованиями [2]. Также нетрудно заметить, что в ее работах имеет место смещение уровней анализа: социальные, физиологические, эмоциональные составляющие представлены как рядоположенные; не ставится вопрос об их функциональных взаимосвязях.

Все высказанные замечания, безусловно, являются справедливыми. И вместе с тем акцентирование личностного аспекта с позиции теории личностных черт при изучении предрасположенности к болезни имеет несомненные положительные стороны: «личностные профили», выделенные Х.Ф. Данбар, в известном смысле позволяют очертить зону «психологического риска» развития и прогрессирования заболевания. Более того, во многом именно благодаря исследованиям Х.Ф. Данбар впоследствии стало возможным создание теории поведенческих типов А и В, а затем и других профилей личностных и поведенческих характеристик [4, 5, 13, 14].

В 1959 г. американские кардиологи М. Фридман и Р. Розенман опубликовали результаты исследования, направленного на выяснение причин индивидуальной предрасположенности к ишемической болезни сердца (ИБС). Сначала они провели опрос большого числа врачей и руководящих работников относительно их взглядов на причину этого заболевания. Оказалось, что около 70% опрошенных в каждой группе были уверены, что основной причиной развития заболевания является «особый и довольно специфический тип эмоциональной активности», характерный для людей, постоянно сталкивающихся с высоким темпом жизни, дефицитом времени и экономическими трудностями [13]. Эта работа получила дальнейшее развитие, и в 1974 г. авторы приводят перечень специфических поведенческих, эмоциональных и физиологических характеристик, которые, по их мнению, наиболее часто встречаются у людей с сердечно-сосудистой патологией (тип А) и у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (тип В) [15, 16].

Лиц типа А отличает стремление к высоким достижениям, соперничество, конкурентность, торопливость, постоянное чувство дефицита времени, агрессивность, нетерпеливость, активная жестикуляция и мимическая активность, взрывная речь и нетерпимость по отношению к себе-седнику. Они легко раздражаются, если кто-то им перечит, пылко отстаивают свое мнение, нетерпеливы в уличных пробках и очередях, имеют компульсивную потребность побыстрее заканчивать любое дело, быстро едят и быстро ходят, не выносят бездельности [15, 16].

Согласно представлениям М. Фридмана и Р. Розенмана, пациенты с поведением типа А более подвержены риску раннего развития АГ и ИБС с высокой частотой осложне-

ний и вероятностью неблагоприятного исхода. У пациентов с типом личности А в 84% случаев обнаруживается стойкое повышение артериального давления (АД), что часто предшествует возникновению ИБС [15].

Однако в ряде других работ указывается на преобладание характеристик типа А лишь у пациентов мужского пола [17] или же у участников исследований с повышенным АД, не получавших антигипертензивную терапию [18]. Более того, результаты проспективного исследования L. Sirri и соавт. [19], проведенного на большой выборке (свыше 1300 пациентов) позволили выявить тип личности А лишь у трети испытуемых с ЭАГ и ИБС.

Нетрудно заметить, что как в концепции Х.Ф. Данбар, так и в работах М. Фридмана и Р. Розенмана, имеет место смещение уровней анализа: социальные, физиологические, эмоциональные составляющие представлены как рядоположенные; не ставится вопрос об их функциональных взаимосвязях. Кроме того, остается непонятным, являются ли данные личностные (или поведенческие?) характеристики врожденными или приобретены в процессе жизнедеятельности? Или, может, они появились во время и вследствие болезни? Никто из перечисленных выше авторов исследований поведенческих и личностных типов, к сожалению, не смог ни раньше, ни сейчас ответить на эти вопросы. Тем не менее концепция М. Фридмана и Р. Розенмана оказалась крайне жизнеспособной, что обусловлено во многом ее практической значимостью.

Описываются многочисленные плодотворные попытки когнитивно-поведенческого воздействия на характеристики данных поведенческих типов, приводящие к уменьшению психосоматической симптоматики даже без воздействия на глубинные интрапсихические структуры [2, 4, 5, 10, 20]. В целом можно заключить, что понятия личностного и поведенческого профилей сыграли свою положительную роль в психосоматической медицине, обратив внимание исследователей на наличие связи между типом болезни и особенностями личности больного, его эмоциональными характеристиками и заложив тем самым основу для когнитивно-поведенческой психотерапии в соматической клинике. Однако излишний феноменологизм и эмпиризм работ данного направления свидетельствует о том, что вопрос о поиске механизмов психосоматического симптомо- и синдромогенеза в них не ставился в принципе.

Вместе с тем именно с исследованиями данного направления связывают начало систематического изучения тематики совладания и совладающего поведения, а затем и РЭ [21–23].

В исследованиях последних лет все более активно обсуждается так называемый тип личности D (distressed personality) [24–30]. Картина этого типа личности характеризуется сочетанием преобладания негативных эмоций, социальной изоляции и неспособности субъекта к регуляции этих факторов [28, 29]. По определению Л. Шер, «...тип D — мрачный, беспокойный и социально неуместный тревожащийся человек...» [29]. Тип D сочетает в себе негативную аффективность (что тесно связано с нейротизмом) и снижение социальной активности (социальную ингибицию) [26, 27, 29].

Негативная аффективность (негативная эмоциональность) определяется как «тенденция переживать негативные эмоции», включая депрессивное настроение, беспо-

койство, гнев и враждебность. Субъекты, обладающие качествами негативной аффективности, не только дисфоричны, но и имеют негативный образ себя, предъявляют больше соматических жалоб и склонны внимательнее реагировать на враждебные стимулы. Как тонко отмечает Дж. Деноллет [26], индивиды с негативной аффективностью «...вероятно, сканируют мир на признаки неминуемой беды...».

Социальная ингибция — «избегание потенциальных опасностей», возникновение которых вероятно при включении в социальные взаимодействия, например такие, как неодобрение и недооценка другими. Индивиды, ориентированные на социальную ингибицию, часто чувствуют себя социально изолированными, напряженными и незащищенными при встрече с другими людьми. Для них характерна склонность к сдерживанию выражения эмоций, низкой самооценке и скрытности. Индивиды с признаками личностного типа D имеют меньшее количество социальных связей, более скудные социальные сети и часто испытывают дискомфорт при общении с незнакомыми людьми [26].

Как негативная аффективность, так и социальная ингибция связаны с восприятием социально неподдерживаемого окружения. Социальная ингибция, по данным исследований, выступает в предлагаемом личностном конструкте в качестве модератора: распространенность сердечно-сосудистых заболеваний у индивидов с выраженной негативной аффективностью, но менее выраженной социальной ингибцией меньше, чем у тех, у кого выражены оба компонента. Другими словами, концепция типа личности D предполагает, что способ, которым люди совладают с негативными эмоциями, является не менее важным, чем переживание негативных эмоций *per se* [31]. Наличие признаков типа личности D у кардиологических больных неблагоприятно влияет на качество жизни и прогноз [25, 28, 31]. Согласно данным Дж. Гилмор и Л. Вильямс [30], у пациента с жалобами со стороны сердечно-сосудистой системы и факторами риска (например, с впервые выявленной ЭАГ), относящегося к типу личности D, риск возникновения инфаркта или инсульта выше в 4 раза.

Высказывается предположение, что влияние типа личности может быть опосредовано как поведенческими, так и психофизиологическими механизмами. Среди первых рассматривают такие характеристики лиц с типом D, как склонность к самообману, нежелание контактировать с врачами по поводу своего заболевания, нездоровый стиль жизни [25, 32, 33]. Так, целью исследования шотландских ученых Дж. Гилмор и Л. Вильямс стало изучение корреляции между типом личности D и отношением к собственному здоровью. В исследовании приняли участие 200 практически здоровых испытуемых, у которых тщательно оценивали тип личности и отношение к собственному здоровью. После завершения исследования было показано, что лица, относящиеся к типу D, вели наиболее неблагоприятный для здоровья образ жизни по сравнению с другими участниками, включая пристрастие к курению, плохое питание, отсутствие физической активности в повседневной жизни [30]. Индивиды с типом личности D не придерживаются норм здорового питания, чаще попадают в ситуации, оцениваемые как стрессовые, и реже проходят профилактические медицинские осмотры [32]. Полученные результаты, по мнению авторов цитируемых исследований, доказывают, что нездоровое поведение может рассматриваться в качест-

ве опосредующего фактора, объясняющего склонность личности типа D к сердечно-сосудистым заболеваниям [30, 32].

Среди психофизиологических факторов отмечают связь типа личности D с иммунной активацией [33] и повышенной продукцией кортизола [29, 34, 35]. Высказывается также предположение о взаимосвязи типа личности D с кардиоваскулярной реакцией на стресс [32, 34]. Однако недостаточность сведений о характере влияния данных психофизиологических факторов диктует необходимость проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Итак, специфическое поведение, связанное со здоровьем, характерное для личности типа D, существенные проявления которого определяются как сочетание негативной аффективности и социальной ингибции, считается сегодня одним из значимых факторов для этиологии и патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний, особенно ЭАГ [24–26, 28, 30, 32].

Вместе с тем опубликовано недостаточно исследований, в которых оценивается выраженность социальной ингибции, сочетающейся с негативной аффективностью, у пациентов с ЭАГ.

ЭАГ и связанные с ней осложнения — одна из основных проблем современной медицины [36]. Сочетание медицинских, социальных, психологических и экономических аспектов требует разработки концептуальных моделей диагностики, позволяющих максимально полно определять и учитывать факторы и механизмы патогенеза ЭАГ для использования более эффективных методов лечения. В последние годы все больше доказательств получает положение о значимости психологических факторов в патогенезе ЭАГ: прежде всего подчеркивается патогенная роль эмоций и, как правило, указывается на неспособность пациентов к их регуляции [37, 38]. Это доказывает актуальность пристального изучения личностных характеристик, эмоциональности и РЭ у больных ЭАГ.

В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция к повышению частоты ЭАГ у лиц молодого и среднего возраста, особенно у мужчин [36, 39]. Это связывают с широким распространением стресса в жизни современного общества и подверженностью ему наиболее активной трудоспособной части населения. Выявляется все больше больных, у которых уровень АД на работе оказывается выше, чем в нерабочее время. Такая форма ЭАГ получила название «гипертонии на рабочем месте» (АГ_{рм}) [40]. Сегодня АГ_{рм} признана одной из наиболее частых форм стресс-индуцированной гипертонии [41, 42]. Необходимость ранней диагностики и лечения, а также профилактики стресс-индуцированной гипертонии обуславливает возрождение интереса к психологическим моделям психосоматического синдрома, в частности к теориям личностных черт [43].

Дизайн собственных эмпирических исследований личностных особенностей, эмоциональности и регуляции эмоций у больных ЭАГ

Нами проведено исследование личностных характеристик, эмоциональности и особенностей РЭ у пациентов с АГ_{рм} и «классической» ЭАГ в сравнении со здоровыми лицами. В исследовании участвовали 170 нелеченных больных ЭАГ 1–2 стадии в возрасте 32–52 лет. Среди них было 85 пациентов с АГ_{рм} (средний возраст — 44,7±4,3 года) и 85 больных «класси-

ческой» ЭАГ (средний возраст — 47,4±4,5 года). Длительность ЭАГ составляла 7,2±2,6 года и была сопоставима в обеих группах. В качестве контрольной группы выступили 82 здоровых испытуемых (средний возраст — 44,9±3,1 года).

Для оценки особенностей личности больных ЭАГ и здоровых лиц был использован 16-факторный личностный опросник Кеттелла (16 PF) [44, 45].

Для изучения эмоциональности и особенностей РЭ был разработан специальный психологический диагностический комплекс, состоящий из двух частей. На *первом этапе* выполняли экспериментальное моделирование эмоциональной нагрузки с оценкой уровня притязаний (УП). Регистрировали параметры УП (высота, устойчивость и адекватность) [46, 47]; показатели мимической активности и жестикюляции; частоту смены поз и изменений тона голоса; уровень реактивной тревожности (РТ) по шкале Спилбергера—Ханина и показатели АД. Значения РТ и АД фиксировали до и после эксперимента.

На *втором этапе* использован модифицированный нами вариант методики рисуночной фрустрации С. Розенцвейга [48, 49]. Участникам предлагали набор из 24 карт стимульного материала теста Розенцвейга, чтобы они выбрали 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 указать дескрипторы, которые наиболее точно описывают возникшие у них 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 регистрировали 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) частоту использования различных стратегий РЭ в условиях инструкции А и инструкции С [50–53].

Результаты собственных эмпирических исследований личностных особенностей, эмоциональности и РЭ у больных ЭАГ

Результаты исследования личностных особенностей больных ЭАГ, выполненного с использованием теста Кеттелла, показало, что пациенты с АГ_{рм} достоверно отличаются

Средние значения ($Me \pm SD$) факторов теста Кеттелла у больных «классической» ЭАГ, АГ_{рм} и здоровых лиц

Фактор	АГ _{рм} , n=85	«Классическая» ЭАГ (n=85)	Здоровые лица (n=82)
A	4,65±1,61 ^{a, c}	6,06±1,86	6,69±2,19
B	5,50±2,03	5,19±2,39	5,44±2,20
C	5,24±2,52	4,85±1,90	6,47±2,37
E	4,34±1,58	4,84±1,80	4,24±1,70
F	4,65±1,97	5,43±2,36	6,40±1,99
G	6,68±2,11	6,20±2,06	6,83±1,93
H	5,28±1,89 ^a	5,65±1,59 ^a	7,49±2,21
I	6,01±1,75	6,07±2,04	6,12±2,03
L	5,52±1,81	5,07±1,98	4,68±2,09
M	4,44±1,75	4,25±1,94	3,92±1,95
N	6,27±1,85	5,62±2,10	6,05±1,88
O	6,94±1,72 ^{b, c}	4,83±1,89	4,01±1,97
Q ₁	5,26±1,66	4,64±1,52	5,76±1,92
Q ₂	4,84±1,89	5,14±2,02	4,46±2,31
Q ₃	7,45±2,04 ^{a, c}	5,80±2,19 ^a	6,68±2,44
Q ₄	7,17±1,63 ^b	6,25±1,72 ^b	4,53±2,06

Примечание. ^a — $p < 0,05$ по сравнению с группой здоровых лиц; ^b — $p < 0,001$ по сравнению с группой здоровых лиц; ^c — $p < 0,05$ по сравнению с группой больных с «классической» ЭАГ.

ся от здоровых лиц по ряду параметров (см. таблицу). Они демонстрируют достоверно более низкие значения по следующим факторам: А (открытость/замкнутость), С (эмоциональная стабильность/эмоциональная неустойчивость), F (беспечность/озабоченность), Н (смелость/застенчивость) в сочетании с более высокими значениями по таким факторам, как О (склонность к чувству вины/спокойная самоуверенность), Q₃ (высокий самоконтроль/дефицит самоконтроля) и Q₄ (внутренняя напряженность/расслабленность; см. таблицу).

Как видно из представленных данных, пациенты с «классической» ЭАГ гораздо более сопоставимы со здоровыми участниками исследования по параметрам оценки личностных черт. Их отличает от здоровых выраженность следующих факторов: Н (они оценивают себя как более застенчивых в сравнении со здоровыми лицами), Q₃ (для них характерен более низкий самоконтроль, что отличает их не только от здоровых, но и от больных АГ_{рм}) и Q₄ (им свойственна выраженная внутренняя напряженность, по интенсивности незначительно отличающаяся от таковой в группе больных АГ_{рм}).

Исследования эмоциональности и РЭ, результаты которых подробно представлены нами в ряде публикаций [53–58], показали следующее.

1. При проведении эксперимента по моделированию эмоциональной нагрузки установлено, что пациенты с АГ_{рм} как по психологическим, так и по физиологическим осо-

бенностям отличаются от здоровых лиц и от больных без АГ_{pm}. Для них характерны более выраженный прирост АД в процессе смоделированной ситуации эмоциональной напряженности, большее количество невербальных проявлений, более высокая распространенность несформированного и заниженного ригидного уровня притязаний. Кроме того, у части пациентов с АГ_{pm} уровень притязаний не удалось сформировать: при выборе задач для решения они предпочли стратегию формальных ответов (выбирали задачи от первого до последнего задания, по возрастанию), отказываясь от демонстрации реальных притязаний. Оба этих феномена свидетельствуют о том, что у больных с АГ_{pm} на первый план в структуре мотивации выходит мотив «избегания неудачи». У пациентов с «классической» ЭАГ наиболее часто выявляется неустойчивый уровень притязаний (выбор заданий «хаотичен» и не зависит от успеха или неуспеха решения предыдущих).

2. Анализ результатов модифицированного теста Розенцвейга показал, что больные ЭАГ обеих групп отличаются от здоровых лиц достоверно большим количеством ситуаций, относимых к разряду эмоционально значимых ($9,7 \pm 1,2$ в группе пациентов с АГ_{pm}; $9,4 \pm 2,0$ в группе больных с «классической» ЭАГ и $7,8 \pm 1,1$ в группе здоровых). Пациенты с АГ_{pm} выбирали большее ($p < 0,05$) количество дескрипторов для описания возникших переживаний ($11,0 \pm 2,2$), что отличало их не только от здоровых ($7,0 \pm 1,6$), но и от больных с «классической» ЭАГ ($8,2 \pm 1,5$). Психосемантическое исследование показало, что больным из группы АГ_{pm} свойственно максимально интенсивное в данном исследовании переживание эмоций модальностей «печаль», «гнев», «презрение» и «страх» при восприятии эмоционально значимых ситуаций. При этом в эмоционально значимых ситуациях их отличает достоверно более частое ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми использование практически всех малоэффективных стратегий РЭ (среди которых лидируют руминации и катастрофизация, а также подавление экспрессии эмоций) и, напротив, более редкое использование таких высокоэффективных стратегий РЭ, как актуализация новых смыслов, трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры и стратегия субъект-субъектных интерактивных трансформаций. В отличие от больных с «классической» ЭАГ пациенты с АГ_{pm} достоверно чаще используют стратегию подавления экспрессии эмоций.

Пациенты с «классической» ЭАГ достоверно отличаются от представителей двух других групп более частым применением таких стратегий, как «непосредственное выражение эмоций» и «сравнение и обесценивание значимости события», т. е. наименее когнитивно опосредованных стратегий РЭ, в условиях спонтанного отреагирования. Для регуляции эмоций больные ЭАГ чаще всего прибегают к стратегиям «субъект-субъектных интерактивных трансформаций» и «актуализации новых смыслов», оптимальным для решения адаптационных задач. Однако частота их использования по-прежнему оказывается более низкой, чем у представителей двух других групп [53–58].

Таким образом, нами было доказано, что больные с АГ_{pm} при выраженной негативной эмоциональности в ситуации психологического эксперимента выбирают малоэффе-

ктивные стратегии РЭ. Более того, анализ данных позволяет заключить, что это стратегии, отражающие наличие признаков социальной ингибции. С психофизиологической точки зрения «невывражение» негативных эмоций в открытом поведении может рассматриваться как поддерживающее наличие у них эмоциональной напряженности и, следовательно, способствующее повышению АД.

При этом, согласно полученным данным, эти пациенты осознают необходимость использования более эффективных стратегий, предполагающих активную коммуникацию и учет эмоционального состояния партнера по общению. Однако в ситуациях повышенной эмоциональной нагрузки они оказываются неспособны к рефлексии и выбору оптимальных и социально ориентированных стратегий РЭ. Другими словами, больные с АГ_{pm} потенциально обладают способностью к эффективной РЭ в ситуациях социального взаимодействия, однако они редко используют оптимальные стратегии РЭ.

Все вышеизложенное диктует необходимость включения в комплексное обследование таких пациентов психодиагностики, направленной на исследование их эмоционально-личностных особенностей и специфики РЭ, а в лечение — психологического консультирования и психотерапии, способствующих пониманию психологических механизмов РЭ в ситуациях социального взаимодействия, тренировке способности распознавания, дифференциации и осмысления как своих эмоций, так и эмоционального состояния партнера по общению, а также расширению диапазона стратегий РЭ.

Анализ и интерпретация полученных результатов позволяют также утверждать, что доминирующее в опубликованных работах предположение о социальной ингибции и репрессии эмоций как ведущем психологическом механизме психосоматического синдромаобразования при ЭАГ не может объяснить патогенез всех форм ЭАГ: для больных «классической» ЭАГ более типично 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 больных «классической» АГ характерна нормативность психологических проявлений и физиологических реакций. Это позволяет предположить, что повышение АД по крайней мере у части пациентов с АГ без повышения АД в рабочее время минимально опосредовано психологическими факторами.

Заключение. Полученные результаты в совокупности расширяют представления об этиологии и патогенезе ЭАГ; демонстрируют неоднородность этой группы больных по психологическим и физиологическим показателям, что диктует необходимость дифференцированного подхода к выбору тактики диагностики и лечения.

Кроме того, полученные данные позволяют предположить, что супрессия как привычная стратегия регуляции эмоций при АГ_{pm} не только является отличительным признаком личности типа D, но и играет существенную роль в ее становлении и тем самым оказывается «дважды косвенно связанной» с возникновением АГ_{pm}.

1. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization. The Psychoanalytic Study of the Child. New York: Int Univ Press; 1953. P. 110-64.
2. Taylor GJ. The psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis. — 3rd ed. Madison, Connecticut: Int Univ Press; 1987. 391 p.
3. Schuffel W. Continuing friendship in the face of European destruction and European construction: the European conference on psychosomatic research. *Psychother Psychosom.* 2013;82(4):273-8. doi: 10.1159/000346681. Epub 2013 Jun 1.
4. Wise TN. Psychosomatics: Past, Present and Future. *Psychother Psychosom.* 2014;83(2):65-9. doi: 10.1159/000356518. Epub 2014 Jan 22.
5. Mann SJ. Psychosomatic Research in Hypertension: The Lack of Impact of Decades of Research and New Directions to Consider. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2012 Oct;14(10):657-64. doi: 10.1111/j.1751-7176.2012.00686.x. Epub 2012 Jul 26.
6. Deter HC, Orth-GomOr K, Wasilewski B, Verissimo R. The European Network on Psychosomatic Medicine (ENPM) — history and future directions. *Biopsychosoc Med.* 2017 Jan 26;11:3. doi: 10.1186/s13030-016-0086-0. eCollection 2017.
7. Weiner H. Contributions of psychoanalysis to psychosomatic medicine. *J Am Acad Psychoanal.* 1982 Jan;10(1):27-46.
8. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Москва: ЭКСМО-Пресс; 2002. 352 с. [Alexander F. *Psichosomaticheskaya meditsina. Printsipy i prakticheskoe primeneniye* [Psychosomatic medicine. The principles and practical application]. Moscow: EKSMO-Press; 2002. 352 p.]
9. Alexander F, French TM, Pollock G, editors. Psychosomatic Specificity. Vol. 1. Experimental Study and Results. Chicago: University of Chicago Press; 1968. 263 p.
10. Бройтигам В, Крстиан П, Рад М. Психосоматическая медицина. Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА; 1999. 376 с. [Broitigam V, Krstian P, Rad M. *Psichosomaticheskaya meditsina* [Psychosomatic medicine]. Moscow: GEOTAR MEDITSINA; 1999. 376 p.]
11. Dunbar F. Emotions and bodily changes. New York: Columbia Univ Press; 1935. 1192 p.
12. Dunbar F. Psychosomatic diagnosis. New York-London: PB Hoeber; 1943. 741 p.
13. Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J Am Med Assoc.* 1959 Mar 21;169(12):1286-96.
14. Wrezesniewski K, Wonicki J, Turlejski J. Type A behaviour pattern and illness other than coronary heart disease. *Soc Sci Med.* 1988;27(6):623-8.
15. Friedman M, Rosenman R. Type A behavior and your heart. New York: Knopf; 1974. 266 p.
16. Friedman M. Type A behavior pattern: some of its pathophysiological components. *Bull N Y Acad Med.* 1977 Sep;53(7):593-604.
17. Sharma A. Hypertension: psychological fallout of type A, stress, anxiety and anger. *AASS.* 2012;3(4):751-8.
18. Irvine J, Garner DM, Craig HM, Logan AG. Prevalence of Type A behavior in untreated hypertensive individuals. *Hypertension.* 1991 Jul;18(1):72-8.
19. Sirri L, Fava GA, Guidi J, et al. Type A behaviour: A reappraisal of its characteristics in cardiovascular disease. *Int J Clin Pract.* 2012 Sep;66(9):854-61. doi: 10.1111/j.1742-1241.2012.02993.x.
20. Перре М, Буаманн У, редакторы. Клиническая психология и психотерапия. Санкт-Петербург: Питер; 2012. 944 с. [Perre M, Buamann U, editors. *Klinicheskaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Clinical psychology and psychotherapy]. Saint-Petersburg: Piter; 2012. 944 p.]
21. Lazarus RS. Stress and emotion: A new synthesis. New York: Springer; 2006. 360 p.
22. Compas BE, Jaser SS, Dunbar JP, Watson KH, et al. Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Aust J Psychol.* 2014 Jun 1;66(2):71-81. doi: 10.1111/ajpy.12043
23. Gross JJ. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychol Inq.* 2015;26:1-26. doi: 10.1080/1047840X.2014.940781
24. Denollet J, Sys SU, Stroobant N, et al. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet.* 1996 Feb 17;347(8999):417-21.
25. Denollet J, Schiffer AA, Spek V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes: evidence from research on the type D (distressed) personality profile. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010 Sep;3(5):546-57. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.934406.
26. Denollet J. Type D personality. A potential risk factor defined. *J Psychosom Res.* 2000 Oct;49(4):255-66.
27. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med.* 2005 Jan-Feb;67(1):89-97. doi: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49
28. Jellesma FC. Health in young people: Social inhibition and negative affect and their relationship with self-reported somatic complaints. *J Dev Behav Pediatr.* 2008 Apr;29(2):94-100. doi: 10.1097/DBP.0b013e31815f24e1
29. Sher L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *QJM.* 2005 May;98(5):323-9. Epub 2005 Apr 8. doi: 10.1093/qjmed/hci064
30. Gilmour J, Williams L. Type D personality is associated with maladaptive health-related behaviours. *J Health Psychol.* 2012 May;17(4):471-8. doi: 10.1177/1359105311423117. Epub 2011 Oct 5.
31. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2003 Aug;10(4):241-8. doi: 10.1097/01.hjr.0000085246.65733.06
32. Williams L, O'Connor RC, Howard S, et al. Type-D personality mechanisms of effect: the role of health-related behavior and social support. *J Psychosom Res.* 2008 Jan;64(1):63-9. Epub 2007 Aug 1. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.06.008
33. Beutel ME, Wiltink J, Till Y, et al. Type D Personality as a Cardiovascular Risk Marker in the General Population: Results from the Gutenberg Health Study. *Psychother Psychosom.* 2012;81(2):108-17. doi: 10.1159/000331776. Epub 2012 Jan 18.
34. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res.* 2003 Sep;55(3):235-45. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00553-6
35. Molloy GJ, Perkins-Porras L, Strike PC, Steptoe A. Type-D personality and cortisol in survivors of acute coronary syndrome. *Psychosom Med.* 2008 Oct;70(8):863-8. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181842e0c. Epub 2008 Sep 16.
36. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2016. 136 p.
37. Wing LM, Brown MA, Beilin LJ, et al. 'Reverse whitecoat hypertension' in older hypertensives. *J Hypertens.* 2002 Apr;20(4):639-44.
38. Blumenfeld M, Strain JJ, editors. Psychosomatic Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. 949 p.
39. Michalos AC, editor. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer Netherlands; 2014. 7347 p.
40. 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.
41. Karasek R. Demand Control Model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behaviour development. In: Stellman JM, editor. Encyclopaedia of occupational health and safety. Geneva: International Labour Office; 1998. P. 34.6-34.14.
42. Light KC. Environmental and psychosocial stress in hypertension onset and progression. In: Oparil S, Weber M, editors. Hypertension. Philadelphia: WB. Saunders; 2000. P. 59-70.
43. Landsbergis PA, Travis A, Schnall PL. Working conditions and masked hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2013 Jun;20(2):69-76. doi: 10.1007/s40292-013-0015-2. Epub 2013 May 24.
44. Cattell HE, Mead AD. The sixteen personality factor questionnaire (16PF). The SAGE handbook of personality theory and assessment. Personality measurement and testing. Vol. 2. Los Angeles; 2008. 135-78.

45. Капустина АН. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла: учебно-методическое пособие. Санкт-Петербург: Речь; 2004. 104 с. [Kapustina AN. *Mnogofaktornaya lichnostnaya metodika R. Kettella: uchebno-metodicheskoe posobie* [Multifactor personal technique of R. Cattell: textbook]. Saint-Petersburg: Rech'; 2004. 104 p.]
46. Karsten A. Aspiration level. In: Eysenck HJ, Arnold W, Meili R, editors. *Encyclopedia of Psychology*. New York: Herder and Herder; 1972. P. 84-6.
47. Бороздина ЛВ. Диагностика мотивации достижения успеха и избегания неудачи. Учебное пособие для спецпрактикума (авторская разработка психодиагностической схемы). Москва: Акрополь; 2012. 81 с. [Borozdina LV. *Diagnostika motivatsii dostizheniya uspekha i izbeganiya neudachi. Uchebnoe posobie dlya spetspraktikuma (avtorskaya razrabotka psikhodiagnosticheskoi skhemy)* [Diagnostics of motivation of achievement of success and avoidance of failure. Textbook for practical training session (authoring psychodiagnostic scheme)]. Moscow: Akropol'; 2012. 81 p.]
48. Rosenzweig S. The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *J of Personality*. 1945;14(4): 3-23.
49. Тарабрина НВ. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: методические рекомендации. Ленинград: Издательство психоневрологического института им. В.М. Бехтерева; 1984. 21 с. [Tarabrina NV. *Ekspperimental'no-psikhologicheskaya metodika izucheniya frustratsionnykh reaktsii: metodicheskie rekomendatsii* [Experimental-psychological technique of studying frustration reactions: guidelines]. Leningrad: Izdatel'stvo psikhonevrologicheskogo instituta im. V.M. Bekhtereva; 1984. 21 p.]
50. Первичко ЕИ. Роль психологических факторов в возникновении минимальной морфофункциональной патологии сердца. Материалы Первой Всероссийской конференции «Психология сегодня». Москва: РПО; 1996. С. 16–7. [Pervichko EI. *Rol' psikhologicheskikh faktorov v vozniknovenii minimal'noi morfofunktsional'noi patologii serdtsa. Materialy Pervoi Vserossiiskoi konferentsii «Psikhologiya segodnya»* [The role of psychological factors in occurrence of minimal morphological and functional pathology of the heart. The materials of the First all-Russian conference «Psychology today.». Moscow: RPO; 1996. P. 16-7.]
51. Первичко ЕИ. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж. Гросса и культурно-деятельностный подход. Часть II. Культурно-деятельностный подход к проблеме стратегий и механизмов регуляции эмоций. Национальный психологический журнал. 2015;1(17):39-51. [Pervichko EI. *Emotion regulation strategies: procedure modeling of J. Gross and cultural activity approach. Part 2. Cultural activity approach to the issue of identifying strategies and mechanisms. Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal*. 2015; 1(17):39-51. (In Russ.)]. doi: 10.11621/npj. 2015.0105
52. 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. doi 10.1016/j.eurpsy.2016.01.2115
53. Зинченко ЮП, Первичко ЕИ. Клинико-психологическое исследование регуляции эмоций: культурно-деятельностный подход. Вопросы психологии. 2016;(3):41–57. [Zinchenko YuP, Pervichko EI. *A clinical psychological study of emotional regulation: a cultural activity approach. Voprosy psikhologii*. 2016;(3):41–57. (In Russ.)].
54. Zinchenko Yu, Pervichko E, Ostroumova O. Psychophysiological mechanisms of mental stress reactions in patients with «hypertension at work» and patients with essential hypertension: a comparative analysis. *Psychology in Russia: State of the Art*. 2013;6(3):78-94. doi: 10.11621/pir.2013.0308
55. Остроумова ОД, Первичко ЕИ, Зинченко ЮП. «Гипертония на рабочем месте»: фокус на эмоционально-личностные особенности пациентов. Системные гипертензии. 2016;13(3):13-20. [Ostroumova OD, Pervichko EI, Zinchenko YuP. *«Hypertension at work»: focus on emotional and personal characteristics of patients. Sistemnye gipertenzii*. 2016; 13(3):13-20. (In Russ.)].
56. Pervichko E, Zinchenko Y, Ostroumova O. Emotion regulation in patients with essential hypertension: subjective-evaluative, physiological, and behavioral aspects. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2014;127:686-690. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.03.336
57. Остроумова ОД, Первичко ЕИ, Зинченко ЮП. Психологические особенности больных со стресс-индуцированной артериальной гипертензией: нарушение регуляции эмоций как центральное звено патогенеза. Кардиология. 2016;56(9):40-49. [Ostroumova OD, Pervichko EI, Zinchenko YuP. *Psychological Characteristics of patients with stress-induced arterial hypertension: a violation of the regulation of emotions as a central link of pathogenesis. Kardiologiya*. 2016;56(9):40-49. (In Russ.)]. doi: 10.18565/cardio.2016.9.40-49
58. Pervichko EI, Zinchenko YP, Ostroumova OD. A violation of emotion regulation as a central link in pathogenesis of stress-induced hypertension. *European Psychiatry*. 2017;41:S317. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.02.231

Поступила 15.12.2017

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.