

Факторы, влияющие на формирование синдрома выгорания у пациентов с артериальной гипертензией на рабочем месте

Юрий Петрович Зинченко¹, Елена Ивановна Первичко¹,
Ольга Дмитриевна Остроумова^{2,3*}

¹ Московский Государственный Университет им. М.В. Ломоносова
Россия, 119991, Москва, Ленинские горы, 1

² Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Россия, 127473, Москва, ул. Делегатская, 20, стр. 1

³ Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8 стр. 2

Цель. Изучить связь таких психологических факторов, как перфекционизм и механизмы психологической защиты с наличием и качественными характеристиками «синдрома выгорания» у больных с «артериальной гипертензией на рабочем месте» (АГрм) в сравнении с другими больными эссенциальной АГ и здоровыми лицами.

Материал и методы. Обследовано 170 нелеченых больных с АГ II стадии, 1-2-й степени (средний возраст $46,7 \pm 4,1$ года). Из них 85 пациентов с наличием АГрм – группа 1 (46 мужчин; средний возраст $44,7 \pm 4,3$ года) и 85 больных с отсутствием АГрм – группа 2 (42 мужчины; средний возраст $47,4 \pm 4,5$ года). Контрольную группу составили 82 здоровых человека (45 мужчин; средний возраст $44,9 \pm 3,1$ года). Для диагностики «синдрома выгорания» использована русскоязычная версия опросника оценки выгорания Maslach Burnout Inventory (MBI), перфекционизма – Многомерная шкала перфекционизма (Multi-dimensional scale of perfectionism by Hewitt and Flett; MPS), механизмов психологической защиты – опросник «Индекс жизненного стиля» [The Life Style Index (LSI)].

Результаты. Выявлено наличие связей между показателями перфекционизма и выраженностью «выгорания» во всех исследованных группах. Фактор «социально предписанный перфекционизм» оказывается наиболее связанным с параметрами «выгорания» в обеих группах больных АГ. В группе пациентов с АГрм эта связь имеет более выраженный характер. Показано, что структура перфекционизма именно у пациентов с АГрм отличается наибольшей дисгармоничностью в сравнении с больными АГ второй группы и здоровыми лицами: фактор «социально предписанный перфекционизм» значимо превалирует ($76,6 \pm 3,9$) по сравнению с остальными показателями – $62,1 \pm 4,3$ и $61,5 \pm 3,6$, соответственно, для перфекционизма, ориентированного на других и на себя).

В структуре защитных процессов у больных АГ обеих групп с максимальной степенью превышения значений здоровых лиц, выявлены два наиболее архаичных механизма [проекция ($69,1\%$ и $40,8\%$) и отрицание ($51,8\%$ и $40,9\%$) в I и II группах, соответственно] и один из наиболее зрелых защитных процессов (интеллектуализация – 53% и $47,9\%$, соответственно). В совокупности это свидетельствует об общей «напряженности» системы защитных процессов. Выявлены статистически значимые корреляции между высокой представленностью защитных процессов «отрицание» и «проекция» и высокими значениями по шкалам опросника MBI.

Заключение. Перфекционизм и «напряженность» системы механизмов психологической защиты могут рассматриваться в качестве важнейших личностных характеристик, предрасполагающих к развитию «синдрома выгорания» у больных АГрм.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, артериальная гипертензия на рабочем месте, синдром выгорания, перфекционизм, механизмы психологической защиты.

Для цитирования: Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Остроумова О.Д. Факторы, влияющие на формирование синдрома выгорания у пациентов с артериальной гипертензией на рабочем месте. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2017;13(2):213-220. DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-2-213-220>

Factors Influencing the Formation of Burnout Syndrome in Patients with Workplace Hypertension

Yuriy P. Zinchenko¹, Elena I. Pervichko¹, Olga D. Ostroumova^{2,3*}

¹ Lomonosov Moscow State University. GSP-1, Leninskie Gory, Moscow, 119991 Russia

² A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. Delegatskaya ul. 20-1, Moscow, 127473 Russia

³ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. Trubetskaya ul. 8-2, Moscow, 119991 Russia

Aim. To study the relationship of psychological factors (perfectionism and mechanisms of psychological defense), with the presence and qualitative characteristics of the "burnout syndrome" in patients with "workplace hypertension" (WPH), in comparison with other patients with essential hypertension (HT) and healthy individuals.

Material and methods. 170 untreated patients with stage II HT (mean age 46.7 ± 4.1 years) were examined. 85 patients with WPH were included into group 1 (46 men; mean age 44.7 ± 4.3 years) and 85 patients without WPH – into group 2 (42 men; mean age 47.4 ± 4.5 years). The control group consisted of 82 healthy individuals (45 men; mean age 44.9 ± 3.1 years). The Russian version of Maslach Burnout Inventory (MBI), the Multi-dimensional scale of perfectionism by Hewitt and Flett (MPS), The Life Style Index (LSI) were used for "burnout syndrome" diagnose.

Results. The relationship between perfectionism and "burnout" was found in all studied groups. The factor "socially prescribed perfectionism" was most associated with the "burnout" parameters in both groups of HT patients. In the WPH-group this relationship was more pronounced. The structure of

perfectionism in WPH-patients is the most disharmonious in comparison with patients of the group 2 and healthy persons. The "socially prescribed perfectionism" was significantly more prevalent (76.6 ± 3.9) compared with other indicators (62.1 ± 4.3 and 61.5 ± 3.6 for perfectionism oriented to others and to themselves, respectively).

In the structure of the protective processes in HT patients of both groups with the maximal degree of excess of the values of healthy individuals two most archaic mechanisms [projection (69.1% and 40.8%) and negation (51.8% and 40.9%) in groups I and II, respectively] as well as one of the most mature protective processes (intellectualization - 53% and 47.9% , respectively) were revealed. Taken together, this shows a general "tension" of the system of protective processes. Statistically significant correlations between the high representation of the protective processes "negation" and "projection" with high values of the score according to MBI scales were found.

Conclusion. Perfectionism and the "tension" of the mechanisms of psychological defense can be considered as the most important personal characteristics predisposing to the development of "burnout syndrome" in WPH-patients.

Keywords: arterial hypertension, workplace hypertension, burnout syndrome, perfectionism, psychological defense mechanisms.

For citation: Zinchenko Yu P., Pervichko E.I., Ostroumova O.D. Factors Influencing the Formation of Burnout Syndrome in Patients with Workplace Hypertension. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2017;13(2):213-220. (In Russ). DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-2-213-220

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): ostroumova.olga@mail.ru

Received / Поступила: 10.10.2016

Accepted / Принята в печать: 25.11.2016

Среди больных с артериальной гипертензией (АГ) встречаются пациенты, у которых значения артериального давления (АД) на работе оказываются выше значений, обнаруженных в нерабочее время. Такая форма АГ получила название «артериальная гипертония на рабочем месте» (АГ_{рм}) [1]. АГ_{рм} является наиболее часто встречающимся вариантом так называемой «стресс-индуцированной гипертонии» (masked workplace hypertension) [2]. Распространенность АГ_{рм} довольно высока, и составляет 15-24% [3,4]. Установлено, что чаще всего она встречается у лиц, подвергающихся повышенным эмоциональным нагрузкам на рабочем месте [5].

Исследования последних лет показали, что больным с АГ_{рм} свойственно более интенсивное и длительное переживание негативных эмоций со склонностью не выражать их в открытом поведении [5-7]. У лиц подобного психологического склада при систематической «включенности» в активные стрессовые ситуации, важный компонент которых – необходимость ежедневно и в течение многих лет соответствовать предъявляемым высоким и зачастую чрезмерным требованиям на работе, могут обнаруживаться признаки «синдрома выгорания». Однако, факторы, влияющие на формирование и динамику «синдрома выгорания» у больных с АГ и, в частности, с АГ_{рм}, нуждаются в уточнении.

Поэтому целью настоящего исследования было изучение связи таких психологических факторов, как перфекционизм и механизмы психологической защиты с наличием и качественными характеристиками «синдрома выгорания» у больных АГ с наличием и отсутствием АГ_{рм} и у здоровых лиц.

Материал и методы

В исследование, проводившееся на базе ГКБ № 70 г. Москвы, было включено 170 нелеченых пациентов с АГ II стадии, 1-2 степени, в возрасте 32-52 лет ($n=170$).

Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 20 до 55 лет, АГ II стадии (наличие поражения органов-мишеней), 1-2 степени по классификации ВНОК (2010) [8], отсутствие регулярного приема каких-либо антигипертензивных препаратов минимум за 4 нед до скринингового визита (исключением являлся прием короткодействующих антигипертензивных препаратов не чаще 1 р/нед), наличие согласия на участие в исследовании.

Критерии невключения в исследование: возраст 55 лет и старше, наличие ассоциированных клинических состояний, симптоматической АГ, клиническое АД ≥ 180 и/или 110 мм рт.ст., зависимость от алкоголя или наркотических средств, психическое заболевание или недееспособность, регулярный прием антигипертензивных препаратов.

Всем пациентам проведено суточное мониторирование АД (СМАД) в рабочий и выходной дни с использованием комплекса ABPM-04 фирмы «Mediteck» (Венгрия). Мониторирование проводили в течение 24-х час с 15-мин интервалами в дневное время и с 30-мин интервалами в ночные часы. Результаты расценивались как достоверные, если во время автоматической обработки было исключено не более 20% измерений [9].

АГ_{рм} диагностировали, если:

- среднесуточное систолическое АД (САД) было >135 мм рт.ст. и/или среднесуточное диастолическое АД (ДАД) >85 мм рт.ст.,
- средние значения САД в рабочий день превышали средние значения в выходной день на ≥ 6 мм рт.ст., и средние значения ДАД в рабочий день превышали средние значения ДАД в выходной день на ≥ 3 мм рт.ст. [10].

По результатам СМАД у 85 пациентов АД в рабочие дни было выше, чем в выходные дни. Они составили группу 1 (с наличием АГ_{рм}). В группу 2 вошли 85 боль-

ных, у которых АД в выходной день было выше или такое же, как в рабочий. Контрольную группу составили 82 здоровых человека.

Для диагностики «синдрома выгорания» была использована русскоязычная версия опросника оценки выгорания К. Маслач [Maslach Burnout Inventory (MBI)] [11, 12]. Для диагностики перфекционизма использована Многомерная шкала перфекционизма Хьюитта и Флетта [Multi-dimensional scale of perfectionism by Hewitt and Flett (MPS)] [13, 14]. Для исследования механизмов психологической защиты использовался опросник «Индекс жизненного стиля» [The Life Style Index (LSI)] [15, 16].

Статистическую обработку данных проводили с использованием группы методов. Для расчета средних значений (M), а также частот представленности признаков использованы методы дескриптивной статистики. Для сравнения 3-х независимых выборок использовался дисперсионный анализ (ANOVA) с попарным сравнением по критерию Шеффе. Различия между группами считали статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$. Корреляционный анализ выполнялся с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмана. Обработка результатов производилась с помощью пакета статистических программ SPSS 22.0 (SPSS Inc., 2014).

Результаты

Исходная характеристика изучаемых групп представлена в табл. 1.

Пациенты с АГрм значительно отличались от здоровых лиц степенью выраженности всех анализируемых параметров синдрома выгорания («эмоциональное истощение», «деперсонификация», «профессиональные достижения»): высокий и средний уровень выраженности «синдрома выгорания» по всем трем анализируемым факторам имеют 59% больных, тогда как в группе 2 – 36% пациентов, а в контрольной группе – только 9% испытуемых.

Исследование параметров оценки перфекционизма показало, что у больных с АГ лидируют проявления фактора «социально предписанный перфекционизм» (табл. 2). Пациенты с АГрм при этом отличаются от здоровых лиц и больных второй группы значительно более высокими значениями суммарного балла перфекционизма и социально-предписанного перфекционизма. Больные АГ обеих групп отличаются от здоровых лиц более высокими значениями перфекционизма, ориентированного на себя; причем во второй группе эти различия оказались значимыми (табл. 2).

Группа пациентов с АГрм отличается от испытуемых двух других групп наибольшей диспропорциональностью структуры перфекционизма: средние значения

Table 1. Baseline clinical and demographic characteristics of the studied groups

Таблица 1. Исходная клинико-демографическая характеристика изучаемых групп

Параметр	Группа 1 (n=85)	Группа 2 (n=85)	Контроль (n=82)
Мужчины, n (%)	46 (54,1)	42 (49,4)	45 (54,9)
Средний возраст, лет	44,7±4,3	47,4±4,5	44,9±3,1
Средняя длительность АГ, лет	7,0±2,5	7,8±2,1	-
ИМТ, кг/м ²	29,8±0,8	29,2±1,6	27,7±3,7
Курильщики, n (%)	42 (49,4%)	38 (44,7%)	34 (41,5%)

Данные представлены в виде $M \pm m$, если не указано иное; для всех $p > 0,05$
АГ – артериальная гипертензия, ИМТ – индекс массы тела

Table 2. The average score on the scale of the MPS questionnaire (evaluation parameters perfectionism) in the groups studied (points)

Таблица 2. Средняя оценка по шкалам опросника MPS (параметры оценки перфекционизма) в исследуемых группах (баллы)

Параметры перфекционизма	Группа 1 (n=85)	Группа 2 (n=85)	Контроль (n=82)
Социально предписанный перфекционизм	76,6±3,9*†§	67,2±4,2†	60,7±8,9
Перфекционизм, ориентированный на других	62,1±4,3†	59,8±3,3	57,1±6,3
Перфекционизм, ориентированный на себя	61,5±3,6	63,6±5,1†	57,0±7,2
Суммарный балл	200,2±7,3*†	190,6±9,1†	174,8±12,6

* $p < 0,05$ по сравнению с группой 2; † $p < 0,05$ по сравнению с контролем; § $p < 0,05$ по сравнению с «перфекционизмом, ориентированным на других и на себя» в той же группе
Данные представлены в виде $M \pm m$

Table 3. Spearman correlation coefficients (correlation of parameter evaluates for "burnout" and perfectionism) in the study group

Таблица 3. Значения коэффициентов корреляции Спирмена (связь параметров оценки «синдрома выгорания» и перфекционизма) в изучаемых группах

Параметры перфекционизма	«Синдром выгорания», параметры оценки		
	Эмоциональное истощение	Дегуманизация/Деперсонализация	Личные достижения
Контрольная группа (n=82)			
Социально предписанный перфекционизм	0,108	0,174	0,221***
Перфекционизм, ориентированный на других	0,139	0,123	0,193
Перфекционизм, ориентированный на себя	0,368***	0,287**	0,099
Группа 1 (n=85)			
Социально предписанный перфекционизм	0,426***	0,291**	0,206
Перфекционизм, ориентированный на других	0,123	0,167	0,190
Перфекционизм, ориентированный на себя	0,194	0,209	0,264**
Группа 2 (n=85)			
Социально предписанный перфекционизм	0,289**	0,208	0,246*
Перфекционизм, ориентированный на других	0,178	0,174	0,301**
Перфекционизм, ориентированный на себя	0,142	0,198	0,161
*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001			

по шкале «социально предписанный перфекционизм» значимо превышают значения по двум другим шкалам. Для испытуемых двух других групп такая особенность не свойственна (табл. 2).

Проверка гипотезы о связи показателей перфекционизма и параметров «синдрома выгорания» с использованием метода корреляционного анализа позволила показать, что как для больных АГ обеих групп, так и для здоровых лиц характерно наличие статистически значимых корреляционных связей между параметрами оценки «синдрома выгорания» и значениями суммарного балла перфекционизма (табл. 3). При этом для группы здоровых лиц характерно наличие статистически значимых корреляций между значениями по шкале «перфекционизм, ориентированный на себя» и параметрами «синдрома выгорания» (табл. 3). В обеих группах пациентов с АГ с параметрами «синдрома выгорания» оказываются преимущественно связанными значения по шкале «социально предписанный перфекционизм» (табл. 3).

Исследование механизмов психологической защиты выявило, что в группе больных с АГм в иерархии системы психологических защит наиболее представлены такие механизмы, как проекция (69,1%) и отрицание (51,8%), традиционно относимых к классу защитных процессов «низшего уровня» (табл. 4) [17,18], что достоверно отличает их от здоровых лиц и больных второй группы. В основе проекции лежит процесс, по-

средством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализируются вовне, приписываются другим людям и, таким образом, становятся как бы вторичными [15,16]. Негативный, социально малоодобряемый оттенок испытываемых чувств и свойств (например, агрессивность) нередко приписывается окружающим, чтобы оправдать свою собственную агрессивность или недоброжелательность. Отрицание – механизм психологической защиты, посредством которого личность либо отрицает некоторые вызывающие тревогу обстоятельства, либо какой-либо внутренний импульс или сторона отрицает самое себя [15,16]. Реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности.

Однако, наряду с этим, на вторую ранговую позицию в группе АГм вышел такой «зрелый» механизм психологической защиты, как интеллектуализация, представленность которого сопоставима в обеих группах больных АГ и значимо превышает таковую в группе здоровых лиц (табл. 4). Действие интеллектуализации проявляется в основанном на фактах чрезмерно «умственном» способе преодоления конфликтной или фрустрирующей ситуации без переживаний; или же создаются логические (псевдоразумные), но благовидные обоснования своего или чужого поведения, действий или переживаний, вызванных причинами, которые личность не может признать из-за угрозы потери са-

Table 4. Representation rate of psychological defense mechanisms (scale of LSI questionnaire) in the study group

Таблица 4. Частота представленности механизмов психологической защиты (шкалы опросника LSI) в изучаемых группах

Защитные механизмы	Первая группа (n=85)	Вторая группа (n=85)	Здоровые лица (n=82)
Вытеснение, %	47,3*†	35,8†	26,7
Регрессия, %	28,3††	25,3†	13,6
Замещение, %	22,3**††	9,2	8,3
Отрицание, %	51,8*††	40,9†	27,3
Проекция, %	69,1*†	40,8	41,6
Компенсация, %	28,3*†	15,8	16,7
Реактивное образование, %	35,3††	38,3††	11,7
Интеллектуализация, %	53,0†	47,9†	38,9

*p<0,05, **p<0,01 по сравнению с группой 2; †p<0,05, ††p<0,01 по сравнению со здоровыми лицами

моуважения [15, 16]. Обе группы пациентов с АГ от здоровых лиц также отличает достоверно более высокая ($p<0,001$) частота встречаемости механизмов «реактивное образование» и «регрессия» (табл. 4), также относимых к защитным процессам «высшего порядка» [16-18]. Реактивное образование нередко отождествляют с гиперкомпенсацией. Личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений [15, 16]. Регрессия – механизм психологической защиты, посредством которого личность в своих поведенческих реакциях стремится избежать тревоги путем перехода на более ранние стадии развития либидо [15, 16].

Во всех трех группах участников исследования выявляется наличие статистически значимых корреляционных связей ($p<0,01$) между высокой представленностью таких защитных процессов, как отрицание и проекция, с одной стороны, и высокими значениями по шкалам опросника MBI.

Обсуждение

«Синдром выгорания» («burnout syndrome», от англ. *burnout* – выгоревший, выжженный, испепеленный) признан сегодня одним из наиболее распространенных видов профессионально обусловленных личностно-поведенческих деформаций [19]. Он определяется как сложный паттерн личностных и поведенческих деструкций, формирующийся в ответ на продолжительное выполнение деятельности в условиях стрессогенной профессиональной среды [19]. Имеются убедительные факты, свидетельствующие о влиянии личностных характеристик в качестве факторов риска, провоцирующих развитие «синдрома выгорания». К ним относят, в том числе, и перфекционизм [20-22].

Под *перфекционизмом* понимается стремление личности предъявлять к себе чрезмерно высокие требования и следовать чрезмерно высоким стандартам [13, 23, 24]. В модели перфекционизма П. Хьюита и Г. Флетта, получившей широкое распространение, выделяются «Я-адресованный», «адресованный другим» и «социально-предписанный» перфекционизм [13, 23]. *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 развитые самодисциплину, 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 изъяснов, 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 окружающими, чтобы заслужить одобрение и приятие, избежать негативной оценки [13, 23].

В настоящее время многие ученые убеждены в том, что чрезмерное стремление к совершенству снижает про-

дуктивность деятельности и взаимосвязано с неадаптивными способами совладания со стрессом, а также сопряжено с высоким риском как психических, так и психосоматических расстройств [23, 24]. Однако связь перфекционизма с выгоранием пока не нашла достоверного обоснования в эмпирических исследованиях, что и определило актуальность данной работы.

Анализ полученных результатов дает основания утверждать, что больные АГ обеих групп (и группа больных с АГ_{рм} в особенности) характеризуются наличием убежденности, что со стороны социального окружения к ним предъявляются завышенные требования, которым очень трудно соответствовать: именно так традиционно интерпретируются высокие значения по шкале «социально предписанный перфекционизм» [13, 23, 24]. В этом случае человек может «ввергать» себя в ситуации с необходимостью постановки перед собой сложно достижимых 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, избежать негативной оценки и доказать свою состоятельность в разнообразных областях жизнедеятельности, в том числе и профессиональной [13, 21, 23, 24]. Кроме того, больным АГ в большей степени, по сравнению со здоровыми лицами, свойственно наличие высоких личных стандартов и внутренней мотивации к самосовершенствованию; они самокритичны и дисциплинированы, с развитым самоконтролем, о чем свидетельствуют высокие значения по шкале «перфекционизм, ориентированный на себя» [13, 23, 24].

На основании анализа результатов можно заключить, что в нашем исследовании получены данные, доказывающие наличие присущей больным АГ (и пациентам с АГ_{рм} в особенности) высокой мотивации достижения (ориентация на полюс «самых успешных»), в сочетании с убежденностью, что со стороны социального окружения к ним предъявляются завышенные требования. Это с неизбежностью приводит к появлению страха не соответствовать ожиданиям других людей. На наш взгляд, данные особенности составляют важную часть содержания внутриличностного конфликта этих больных: одновременно сосуществуют и являются ярко выраженными мотивы «стремление к успеху» и «избегание неудачи». Анализ результатов беседы с больными позволяет заключить, что важным фактором редукции личных достижений, значимым для формирования «синдрома выгорания», является утрата смысла профессиональной деятельности, которая вызывается невозможностью реализации таких жизненных ожиданий, как высокий социальный статус и уважение близких. Для представителей группы респондентов с признаками ярко выраженного (невротического) перфекционизма темы

«классовых различий», «социальной справедливости», наличия/отсутствия карьерных перспектив, возможностей «социальной реализации» и социальной защищенности имели особую остроту. Полученные результаты, в целом, соответствуют данным, полученным при изучении вопроса связи перфекционизма и «синдрома выгорания» другими исследователями [20-22].

Таким образом, в работе показано, что перфекционизм больных АГ с признаками «синдрома выгорания», направленный на достижение социальной желательности, связан с высокой тревогой, обусловленной постоянной боязнью не соответствовать ожиданиям других, что, в целом, может рассматриваться как дисфункциональная личностная черта и соответствует основным параметрам невротического перфекционизма [25].

В качестве второй личностной характеристики, выбранной нами для изучения в связи с решением вопроса о поиске личностных факторов «синдрома выгорания», были выбраны механизмы психологической защиты как одного из наиболее «базовых» параметров, характеризующих личностную структуру. Согласно одному из наиболее общих определений, представленному в словаре по психоанализу, защитные механизмы понимаются как «...совокупность действий, нацеленных на уменьшение или устранение любого изменения, угрожающего цельности и устойчивости биопсихологического индивида; ... речь идет о защите от внутреннего возбуждения (влечения) и особенно от представлений (воспоминаний, фантазий), причастных к этому влечению, а также о защите от ситуаций, порождающих такое возбуждение, которое нарушает душевное равновесие и, следовательно, неприятно для Я» [26]. Известно, что функционирование системы защитных процессов обеспечивает стабильность и упорядоченность индивидуальной картины мира, а также достаточную саморегуляцию в условиях эмоционального конфликта [13-16].

Исследование механизмов психологической защиты показало, что «профиль» защитных механизмов больных АГ (и пациентов с АГ_{рм} в особенности) характеризуется сочетанием высоко представленных зрелых (рационализация) и наиболее архаичных (проекция и отрицание) механизмов психологической защиты. Пользуясь принципами интерпретации защитных процессов в модели Р. Плутчика, можно сделать вывод, что такая конфигурация профиля защит свидетельствует об интенсивном переживании больными негативных эмоций, прежде всего отвращения и презрения, которые проецируются вовне; об их способности отрицать причиняющие тревогу аспекты внешней реальности, прежде всего – негативные чувства окружающих по отношению к ним; о способности к вытеснению и подавлению причиняющих тревогу мыслей и чувств, что тра-

диционно рассматривается в качестве важного аспекта действия механизма соматизации [15, 17, 18]. Результаты статистического и качественного анализа позволяют сделать вывод об общей напряженности системы механизмов психологической защиты в группе больных с АГрм. Это обычно интерпретируется как признак обострения или высокого риска возникновения эмоциональных конфликтов [15, 17, 18].

Однако наличие при этом в профиле защитных механизмов высоких показателей по таким шкалам, как «реактивное образование» и «рационализация» позволяет высказать предположение о достаточной «психологической ресурсности» больных АГ (и пациентов с АГрм в том числе) в поиске способов преодоления возникающих конфликтов, прежде всего за счет «пресечения» неприятных переживаний, создания интерпретационных схем («ментальных конструкций») с целью поддержания самоуважения, а также путем трансформации внутренних негативных импульсов в субъективно понимаемую их противоположность [17, 18].

Как отмечено в разделе «результаты», больных АГ обеих групп отличает достоверно более высокая, в сравнении со здоровыми лицами, частота встречаемости механизма регрессии. Для объяснения ее роли в возникновении соматизации при АГ необходимо обратиться к данным Р. Плутчика, который связывает регрессию со слабостью эмоционально-волевого контроля в ситуациях эмоциональных конфликтов [15, 27].

Наконец, еще один факт – это минимальная представленность во всех трех группах защитного процесса «замещение», действие которого проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, негативных), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства. Этот факт интерпретируется нами скорее, как результат отрицания как больными АГ, так и здоровыми лицами своих негативных качеств и агрессивности (формулировка вопросов данного кластера теста LSI предполагает признание испытуемым собственной агрессивности), и как желание неукоснительно следовать социальным стандартам.

Интерпретация полученных результатов позволяет сделать вывод, что важной составляющей эмоциональной сферы больных АГ и больных с АГрм, в особенности, является преобладание негативных эмоций и агрессивных тенденций, которые проецируются, отрицаются или подавляются больными. Известно, что подобный комплекс механизмов психологической защиты достаточно часто представлен у лиц, которые по собственному опыту знают, насколько опасным в социальном плане может быть неспособность контролировать собственные негативные эмоциональные проявления [17, 18].

Одной из главных задач нашего исследования было ответить на вопрос, могут ли перфекционизм и механизмы психологической защиты рассматриваться в качестве личностных факторов, вносящих вклад в становление «синдрома выгорания» у больных АГ. Полученные результаты убедительно показывают, что в группе пациентов с АГрм показатели перфекционизма являются более выраженными, чем у больных АГ второй группы. Также доказано, что в группе с АГрм с выраженными признаками «синдрома выгорания» показатели перфекционизма являются максимальными среди обследованных в нашем исследовании лиц. На основании анализа и интерпретации этих результатов, а также данных корреляционного анализа вполне обоснованным представляется вывод о большей взаимосвязи перфекционизма (и социально предписанного перфекционизма, в особенности) с параметрами «выгорания» именно в группе больных с АГрм, в отличие от больных второй группы.

Поскольку личностный фактор «перфекционизм» является более стабильным образованием в сравнении с «синдромом выгорания» (*перфекционизм является личностной чертой, тогда как «выгорание», согласно существующим представлениям, является психическим состоянием, то есть динамическим образованием*), обоснованным будет вывод о том, что именно перфекционизм будет обуславливать развитие «выгорания», а не наоборот. Эта же интерпретационная линия обосновывает правомочность рассмотрения «напряженного профиля» механизмов психологической защиты в качестве личностной характеристики, предрасполагающей к развитию «синдрома выгорания».

Таким образом, перфекционизм и «напряженность» системы механизмов психологической защиты могут рассматриваться в качестве важнейших личностных характеристик, предрасполагающих к развитию «синдрома выгорания» у больных АГрм.

Полученные результаты в целом дают основания для выделения группы риска по нарушениям «эмоционального благополучия» в группе больных АГ; 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.

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Disclosures. All authors have not disclosed potential conflicts of interest regarding the content of this paper.

References / Литература

1. Stork J, Schrader J, Mann H, Noring R. Einfluss der beruflichen Tätigkeit auf den Blutdruckverlaufsüber 24 Stunden. Nieren und Hochdruckkrankheiten. 1992;10:466-8.
2. Light K.C. Environmental and psychosocial stress in hypertension onset and progression. In: Oparil S, Weber M, eds. Hypertension. Philadelphia, Pa: W. B. Saunders; 2000. P. 59-70.
3. Landsbergis P.A., Travis A., Schnall P.L. High Blood Pressure. Cardiovasc Prev. 2013;20(2):69-76.
4. Wing L.M., Brown M.A., Beilin L.J., Ryan P., Reid C.M. 'Reverse whitecoat hypertension' in older hypertensives. J Hypertens. 2002;20:639-44.
5. Trudel X., Brisson C., Milot A. Job strain and masked hypertension. Psychosom Med. 2010;72(8): 786-93.
6. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I., Ostroumova O.D. 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.
7. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I. A clinical psychological study of emotional regulation: a cultural activity approach. Voprosy Psichologii. 2016;3:41-57. (In Russ.) [Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Клинико-психологическое исследование регуляции эмоций: культурно-деятельностный подход. Вопросы Психологии. 2016;3:41-57].
8. Diagnosis and treatment of hypertension. National guidelines. Systemic Hypertension. 2010;3:5-26. (In Russ.) [Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Национальные рекомендации Системные гипертензии 2010;3:5-26].
9. Kobalava Zh.D., Kotovskaya Yu.V., Khirmanov V.N. Blood pressure in research and clinical practice. Moscow: Reafarm: 2004. (In Russ.) [Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Хирманов В.Н. Артериальное давление в исследовательской и клинической практике. М.: Реафарм: 2004].
10. Kobalava Zh.D., Gudkov K.M. Evolution of stress-induced hypertension and the use of antagonists of angiotensin II receptors. Kardiologiya i Profilaktika. 2002;1:4-15. (In Russ.) [Кобалава Ж.Д., Гудков К.М. Эволюция представлений о стресс-индуцированной артериальной гипертензии и применение антагонистов рецепторов ангиотензина II. Кардиоваскулярная терапия и Профилактика. 2002;1:4-15].
11. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press Inc.; 1996.
12. Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S. Burnout syndrome: diagnosis and prevention. St. Petersburg: Piter; 2009. (In Russ.) [Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер; 2009].
13. Hewitt P., Flett G. Dimensions of perfectionism. Cognitive Therapy and Research. 1998;7:21-45.
14. Gracheva I.I. An adaptation of the method "Multidimensional Perfectionism Scale" by P. Hewitt and G. Flett. Psichologicheskii Zhurnal. 2006;27(6):73-80. (In Russ.) [Грачева И.И. Адаптация методики "Многомерная шкала перфекционизма" П. Хьюитта и Г. Флетта. Психологический Журнал. 2006;27(6):73-80].
15. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. A structural theory of ego defenses and emotions. In Izard C.E., ed. Emotions in personality and psychopathology (pp. 229-257). New York: Plenum; 1979. P. 229-257.
16. Romanova E.S., Grebennikov L.R. Mechanisms of psychological protection. Genesis. Functioning. Diagnostics. Mytishchi: "Talent" Publishing House; 1996. (In Russ.) [Романова Е.С., Гребеников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. Мытищи: Издательство «Талант»; 1996].
17. Cramer P. The Development of Defense Mechanisms: Theory, Research, and Assessment. New York: Springer-Verlag; 1991.
18. Vaillant G.E. Ego Mechanisms of Defense: A Guide for Clinicians and Researchers. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing; 1992.
19. Burish M. Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschoepfung (7th edition). Berlin, Heidelberg: Springer; 2006.
20. Appleton P.R., Hall H.K., Hill, A.P. Relations between multidimensional perfectionism and burnout in junior-elite male athletes. Psychology of Sport and Exercise. 2009;10:457-65.
21. D'Souza, F., Egan, S. J., Rees, C. S. The relationship between perfectionism, stress and burnout in clinical psychologists. Behaviour Change. 2011;28:17-28.
22. Tashman L.S., Tenenbaum G., Eklund, R. The effect of perceived stress on the relationship between perfectionism and burnout in coaches. Anxiety, Stress & Coping. 2010;23:195-212.
23. Hewitt P., Flett G. Perfectionism and stress process in psychopathology. In Flett G., Hewitt P., eds. Perfectionism: Theory, research and Treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 2002. P. 255-285.
24. Garanyan N.G., Yudeeva T.Yu. The structure of perfectionism in depressive and anxious patients. Psichologicheskii Zhurnal. 2009;30(6):93-102. (In Russ.) [Гаранян Н.Г., Юдеева Т.Ю. Структура перфекционизма у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами. Психологический Журнал. 2009;30(6):93-103].
25. Ashby J.S., Slaney R.B., Noble C.M., Gnillka P.B., Rice K.G. Differences between "normal" and "neurotic" perfectionists' implications for mental health counselors. Journal of Mental Health Counseling. 2012;34(4):322-40.
26. Laplanche J., Pontalis J.B. Dictionary of psychoanalysis. Moscow: Vysshaya Shkola; 1996. (In Russ.) [Лапланш Ж., Понталис Ж.Б. Словарь по психоанализу. М.: Высшая Школа; 1996].
27. Plutchik R. Emotions and Life: Perspectives from Psychology, Biology, and Evolution, Washington, DC: American Psychological Association; 2002.

About the Authors:

Yuriy P. Zinchenko - PhD, Professor, Academician of the Russian Academy of Education, Head of Chair of Methodology of Psychology, Lomonosov Moscow State University
Elena I. Pervichko - PhD, Associate Professor, Chair of Neuropsychology and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University
Olga D. Ostroumova - MD, PhD, Professor of Chair of Faculty Therapy and Occupational Diseases, A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry; Professor of Chair of Clinical Pharmacology and Propaedeutics of Internal Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Сведения об авторах:

Зинченко Юрий Петрович – д.психол.н., профессор, академик Российской академии образования, зав. кафедрой методологии психологии МГУ им. М.В. Ломоносова
Первичко Елена Ивановна – к.психол.н., доцент кафедры нейropsychологии и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова
Остроумова Ольга Дмитриевна – д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова; профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова