<https://doi.org/10.29001/2073-8552-2020-35-1-22-27>
УДК 616.12-008.331.1-06:616.8-008.6

Психосоматические аспекты гипертонической болезни

А.Г. Еремеев

Краевая клиническая больница № 2,
680030, Российская Федерация, Хабаровск, ул. Павловича, 1Б

Аннотация

В обзоре рассматриваются психосоматические корреляции гипертонической болезни (ГБ). Представлена роль биологических, психологических и социальных предпосылок при манифестации заболевания. Проанализирована психодинамическая концепция становления данной нозологии. Особое внимание уделено роли аффекта тревоги и депрессии как факторов, модулирующих течение артериальной гипертонии.

Ключевые слова:	психосоматические аспекты, гипертоническая болезнь, тревога, депрессия, психосоматическое балансирование.
Конфликт интересов:	авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Прозрачность финансовой деятельности:	никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.
Для цитирования:	Еремеев А.Г. Психосоматические аспекты гипертонической болезни. <i>Сибирский медицинский журнал</i> . 2020;35(1):22–27. https://doi.org/10.29001/2073-8552-2020-35-1-22-27 .

Psychosomatic aspects of essential hypertension

Alexander G. Eremeev

Regional Clinical Hospital No. 2,
1B, Pavlovich str., Khabarovsk, 680030, Russian Federation

Abstract

This article reviews psychosomatic correlations of essential hypertension. The role of biological, psychological, and social prerequisites for the manifestation of the disease is presented. The psychodynamic concept for the genesis of this pathology is analyzed. Special attention is given to the role of anxiety and depression as factors modulating the course of essential hypertension.

Keywords:	psychosomatic aspects, essential arterial hypertension, anxiety, depression.
Conflict of interest:	the authors do not declare a conflict of interest.
Financial disclosure:	no author has a financial or property interest in any material or method mentioned.
For citation:	Eremeev A.G. Psychosomatic aspects of essential hypertension. <i>The Siberian Medical Journal</i> . 2020;35(1):22–27. https://doi.org/10.29001/2073-8552-2020-35-1-22-27 .

Введение

Общепризнано, что гипертоническая болезнь (ГБ) относится к типу заболеваний, манифестация которого связана с наличием бессознательного интрапсихического конфликта [1–3]. Факт душевного дисбаланса символически выражается через девиации артериального давления (АД). Вместе с тем попытки установить линейную связь между психотравмой и дебютом эссенциальной гипертонии, очевидно, обречены на неудачу. Только анализ констелляции биологических, психологических и социальных факторов позволяет недирективно осмыслить этиологию данного заболевания.

Обсуждение

По мнению А.А. Табидзе [4], предпосылки к будущему психогенному (психосоматическому) заболеванию передаются по наследству в момент зачатия и/или на этапе пренатального онтогенеза, отражая в большей степени филогенез рода. Важно, что наличие соответствующих «психологических аберраций» у одного или обоих родителей совсем не обязательно. Порой первостепенное значение имеет символический подтекст, вкладываемый родителями в будущего ребенка: в этом смысле к «гипертогенной» группе риска относится, например, первый или единственный ребенок в семье, на которого возлагаются «большие» («особые») надежды [5]. Условия детского воспитания относятся к экзистенциальным обстоятельствам, усиливающим или ослабляющим врожденные деформации [4]. «Зрелая» жизнь современного человека проходит в условиях социальных директив, конкурентной среды, информационных перегрузок и «культы» потребительства. Прессорное влияние социально-экономических факторов является бременем для психики и способствует закреплению психогенных расстройств [6]. «Удельный вес» указанных патогенных предпосылок вариативен для каждого пациента, страдающего ГБ.

Поиск «прогипертогенных» психосоматических коррелятов, по данным клинко-статистических исследований, не позволяет однозначно экстраполировать их результаты на популяцию, а значит, затрудняет формулировку «завершенной» общепринятой концепции манифеста ГБ [7]. Однако для понимания нижеизложенного автор считает необходимым подчеркнуть, что клинические наблюдения интернистов и психиатров дают возможность ранжировать всех больных ГБ на две группы, исходя из наличия невротических акцентуаций [8–11]: полярность психотипов влияет не только на нюансы течения соматического страдания, но и на специфику лечебного подхода. К первой группе относятся пациенты, у которых дебют ГБ происходит на фоне высокой личностной тревожности («тревожная впечатлительность»); ко второй группе – пациенты с конституционально пониженным эмоциональным фоном, проявлениями алекситимии («заторможенный гнев»).

Проанализируем становление ГБ с учетом широкого спектра возможных триггеров. Ребенок, рожденный в «гипертогенной семье», находится под суггестивным

влиянием объективных обстоятельств. Поведенческий репертуар такой семьи [10]: отношения между родителями лишены нежности, преобладают контролирующие и сдерживающие виды активности по отношению к ребенку, требовательно-категоричный стиль воспитания выражается в навязывании своей воли, многочисленных «табу» и ригидных установках, проецируемых на ребенка: «будь внимателен», «соберись» и т. п. Амплификация подобного шаблона воспитания происходит в условиях, когда ребенок является «незапланированным» или «нежеланным» пола. В «гипертогенной семье» ребенок усваивает бессознательный урок по «сдерживанию и контролю эмоций».

Разумеется, особенности «микроклимата» каждой семьи влияют на хронологию становления психосоматического заболевания [12]. Например, такие обстоятельства, как низкий социальный статус родителей, их невысокий интеллектуальный уровень, конфликтные отношения между ними, неблагоприятные условия проживания служат, вероятно, факторами риска раннего развития ГБ, поскольку нетрудно предположить, что в неблагоприятной обстановке личности родителей будут «шаржироваться», а психологическое давление на ребенка возрастать.

Взрослая жизнь человека насыщена вербальными или невербальными коммуникативными сигналами, которые, преломляясь через призму личности, приводят к разнообразным эмоциональным феноменам, являющимся финальным ощущением от контакта [13]. Если пережитая эмоция ассоциирована с душевной болью, то при последующих подобных контактах человек будет вести себя так, чтобы эту боль не испытывать, то есть он будет осознано (а потом бессознательно) избегать в контактах переживание определенных эмоций. Другими словами, эмоциональное напряжение не будет иметь выхода в желаемом поведенческом акте [4]. Однако невозможность пропустить через себя сообразно ситуации какое-то оптимальное (с точки зрения душевного здоровья) психическое ощущение влечет за собой трансформацию нереализованной эмоции в энергию, которая остается в теле. В конечном итоге, эта энергия будет реализовываться на метаболическом уровне, например выделением гормонов стресса, синтезом провоспалительных цитокинов [14].

Опираясь на представленную психодинамическую концепцию развития соматического заболевания, рассмотрим, как складывается процесс коммуникации у «гипертоника».

Важнейшим аспектом, неразрывно связанным с манифестацией психосоматического страдания, являются механизмы психологической компенсации (защиты), когда факт невозможности пережить какую-то эмоцию, символически «камуфлируется» субъектом посредством стереотипных поведенческих реакций [13, 15]. Шаблоны психологической компенсации формируются в подростковом возрасте; их цель – оградить сформированное ядро личности от воздействий извне. Например, одним из самых распространенных механизмов психологической

компенсации лиц, склонных к «гипертензивным реакциям», является проекция (подсознательное отражение собственных эмоционально неприемлемых мыслей и чувств и приписывание их другим людям) [16, 17].

В период «социализации» субъект будет неосознанно защищать выстроенную им личность посредством маневров психологической компенсации. Если защитные силы организма велики, и/или степень деформации выстроенных отношений не обременяет психику чрезмерно, то «соматизация» может наступить на поздних этапах онтогенеза. В любом случае поведенческий репертуар субъекта, склонного к психосоматическому страданию, приводит к социально деформированным, напряженным отношениям, которые будут поддерживать собственное негативное состояние, воспринимаемое как хронический стресс [4].

Возникает вопрос о механизмах избирательного поражения той или иной анатомо-физиологической системы у конкретного индивида. Артериальную гипертонию можно рассматривать как эволюционный способ адаптации – централизацию кровообращения, связанную с симпатико-адреналовым возбуждением, направленную на увеличение мозгового кровотока [18]. Пренатальные предпосылки и усвоенный инфантильный опыт «по контролю эмоций» приводят к тому, что в зрелом возрасте вырисовывается следующий характерологический портрет «гипертоника»: потребность открыто выражать свои эмоции при одновременно адаптированном поведении, латентное честолюбие, подозрительность, аффективная неустойчивость в виде легкой возбудимости [19]. Базовая проблема – бессознательная пассивность при выражении негативных эмоций – приводит к их аккумуляции в психике. Вероятно, соматическая девиация в виде повышения АД является моментом символического «переполнения» эмоций, поскольку их естественный «выплеск», по мнению страдающего, является недопустимым. Процесс коммуникации «гипертоника» складывается так, что при возникновении трудностей он выбирает иррациональные стратегии поведения (чаще – приспособление, реже – соперничество). Таким образом, артериальная гипертензия – телесный способ разрешения внутриспсихического конфликта посредством противоречия: мобилизация симпатического звена нервной системы при одновременной рестрикции аффективных проявлений.

В дебюте ГБ очевидное терапевтическое воздействие на психику имеет диалектический паттерн поведения: полноценный ночной сон, активный отдых, наличие хобби, то есть все то, что энергично вытесняет существующий душевный конфликт, позволяя на более или менее длительные промежутки времени от него абстрагироваться [19]. Однако, учитывая высокую индивидуальную значимость обстоятельств, которые привели к внутренним противоречиям, человек будет ощущать повышенное беспокойство, являющееся в данном случае когнитивным маркером эмоционального конфликта. Поэтому его разрешению субъект станет уделять все больше времени при привычном поведенческом репер-

туаре: так, болезнь начинает поддерживаться по механизму положительной обратной связи, другими словами, – «закольцовываться» [4].

С практических позиций важным является распознавание в клинической картине больных ГБ дихотомии двух глобальных векторов невротической акцентуации – аффекта тревоги и депрессии [8, 9, 11]. Имея преморбидный характер, они заметно влияют на течение соматического заболевания. Согласно концепту «психосоматического балансирования» [20], высокий уровень тревожности ассоциируется с менее тягостным объективным течением соматического страдания. Наоборот, депрессивный эмоциональный фон, «дезактуализируя» тревогу и снижая аффективное напряжение, «обостряет» соматическое заболевание.

Как это выглядит в клинической практике? Течение ГБ при преобладании тревожного радикала нередко ассоциируется с «синдромом множественных жалоб» в рамках таких соматоформных проявлений [8], как полиморфные кардиалгии, дизестезии, панические атаки, головокружения, слабость и др. То есть бессознательный душевный конфликт выражается не только нарушением гомеостаза АД, но и разнообразными телесными ощущениями. Иногда складывается впечатление, что феномен артериальной гипертензии у таких субъектов есть «симптом-отдушина», появляющийся в момент чрезмерного внутриспсихического напряжения высокой личностной значимости. При формировании «гипертонической доминанты» повышение АД может случиться под воздействием самых незначительных, порой эмоционально нейтральных триггеров, таких как неожиданные известия, коллизии межличностных отношений, смена погоды, просмотр волнующего спектакля и т. п. Среди базисных черт характера «гипертоника» с повышенной тревожностью прослеживаются такие, как впечатлительность, мнительность и настороженность [9, 21, 22]. У этих больных преобладают следующие клинические особенности ГБ: кризовое течение, высокое пульсовое давление, спонтанная нормализация цифр АД с периодами нормотензии, позволяющими иметь «лекарственные каникулы»; длительное отсутствие выраженного поражения органов-мишеней [2, 8]. Последний пункт чрезвычайно важен для интернистов, поскольку именно осложнения артериальной гипертензии определяют отдаленный прогноз, складывающийся из качества жизни и ее продолжительности. Можно предположить две вероятные причины «доброкачественного» течения ГБ в подобной ситуации:

1. Гипернозогнозия (характерна в целом для тревожных субъектов), заставляющая немалое время уделять «врачебному шопингу» и активно контролировать параметры АД.
2. Невысокое общее бремя гипертензии по причине, во-первых, кризового течения заболевания, во-вторых, настороженности самих больных по отношению к субъективному неблагополучию, что предопределяет высокую комплаентность.

У пациентов с конституциональной гипотимией клинические проявления ГБ имеют более предсказуемый

«классический» характер [8, 11, 23]. Для них свойственно длительное «накопление» и «затормаживание» отрицательных эмоций в психике, относительная субъективная скудность ощущений соматического недуга, монотипный характер объективных клинических проявлений в виде флуктуации АД. Указание на превалирование депрессивной компоненты в психическом статусе таких больных имеет в большей степени описательное значение, поскольку сами они свое эмоциональное состояние склонны воспринимать как норму. К «ядерным» чертам характера у них относятся: алекситимический базис, замкнутость, недоверие, импульс-зависимая агрессивность [9, 19]. Гипонозогнозическое отношение к ГБ ожидаемо коррелирует со слабой мотивацией к лечению и, соответственно, с высоким общим бременем гипертонии. В клинической картине болезни довольно рано выявляются признаки поражения органов-мишеней: гипертрофия миокарда левого желудочка, субклинический атеросклероз, лабораторные маркеры нефропатии, дисциркуляторная энцефалопатия [8].

Итак, для больных ГБ с высокой личностной тревожностью характерно стремительное накопление в психике отрицательных («невербализованных») эмоций и их «лавинаобразный» клинически полиморфный соматический выплеск. Напротив, низкий уровень эмоциональности при ГБ предполагает в принципе затруднение выхода наружу негативных эмоций и их «отелесивание» только через повышение АД. Очевидно, что та или иная невротическая акцентуация способна выступать в роли катализатора и модулятора психосоматического заболевания.

Опираясь на мнение авторитетных специалистов психосоматической медицины [1, 2, 4, 10], автор обзора считает необходимым еще раз подчеркнуть, что первоочередное значение при становлении ГБ имеет не тип личности и не стереотипные душевные конфликты, а вегетативные реакции конкретного субъекта с его пренатальным «багажом» и ранним детским опытом. Другими словами, одни и те же конфликты при схожих характерах и темпераментах будут транслироваться через разные органы и системы. В этом смысле гипертрогенный тип реакции (как и любой другой вариант соматизации) на повседневные стрессы является имманентным свойством [4]. При когнитивном делегировании на еще нерожденного ребенка неких «familial» полномочий и обязанностей (продолжатель рода, наследник/наследница) ребенок становится генетически запрограммированным на исполнение воли родителей, являясь носителем символической функции, возможно, чуждой ему. Не удивительно, что воспитательный процесс в такой семье будет проходить в контролирующе-сдерживающем стиле с целью реализации ребенком «семейного кода». Вместе с тем подобный стиль воспитания может формироваться, наоборот, вследствие неприятия конкретного ребенка без всяких иллюзий о «семейной преемственности» [12].

При становлении и экзаксациях ГБ невозможно игнорировать роль социально-экономических факторов. Известно, что именно в послевоенном Ленинграде

Г.Ф. Ланг окончательно сформулировал [24] свою концепцию ГБ как невроза высших центров регуляции, предполагая, что тяжелые катаклизмы способны привести к манифестации данного заболевания. Очередным серьезным испытанием для нашей страны стала смена социально-экономической парадигмы на стыке прошлого и настоящего веков, когда на место плановой экономики пришла капиталистическая: простой обыватель оказался в высоко конкурентной среде общества потребления, где фетишизируется социальный успех. Соответствие неким стандартам становится для многих людей самоцелью, заставляет их много и напряженно работать с намерением поддерживать шаблон социального благополучия [6, 25]. В этом смысле непомерно высокое бремя артериальной гипертонии (болезни современной цивилизации) следует рассматривать как один из признаков, существующих в обществе экзистенциальных противоречий.

Какое значение для клинициста имеет установление причинно-следственных отношений при манифестации ГБ? Общее правило психосоматической медицины гласит: чем ближе причина психической или психосоматической патологии к началу жизни, тем тяжелее протекает заболевание [16]. Применительно к больным ГБ это означает, что артериальная гипертония, возникающая на базе пренатальных предпосылок по типу бессознательного делегирования родительских полномочий и обязанностей, будет дебютировать в сравнительно молодом возрасте, рано осложняясь поражением органов-мишеней. Напротив, становление ГБ в зрелом возрасте по причине социальных перегрузок подразумевает относительно благоприятное течение соматического недуга, поскольку ядро личности не имеет резких врожденных деформаций, что уже само по себе подразумевает отсутствие «мощных» механизмов психологической защиты и наличие ментальных ресурсов для активной борьбы с заболеванием.

Таким образом, на основании *anamnesis vitae* врач может составить психосоматический портрет семьи больного, оценить вероятность раннего и/или «злокачественного» течения ГБ и принять индивидуальные решения о характере курации. Помимо декларируемой в клинических рекомендациях коррекции образа жизни и медикаментозной терапии, одним из вариантов лечения больных ГБ является психотерапия, в том числе психофармакотерапия [8, 19]. Ее результат зависит, главным образом, от стажа заболевания, степени «прогипертрогенной» девиации личности (интенсивности механизмов психологической компенсации), невротической акцентуации. Положительный клинический эффект психотерапии можно ожидать при мягком течении ГБ (особенно в ее дебюте) среди пациентов, у которых ведущим триггером заболевания являются социально-экономические обстоятельства при высокой личностной тревожности [10, 17].

Заключение

ГБ – широко распространенное психосоматическое заболевание, имеющее полифакторную этиологию. В ряде случаев наличие ГБ отражает «девиацию

филогенеза» конкретной семьи с ее внутренними противоречиями. Тем не менее базовой предпосылкой ГБ взрослого, скорее всего, служит пребывание его в «гипертогенной» семье, где при детском воспитании преобладают сдерживающие и ригидные установки – ребенка «учат» контролировать свои эмоции. Дополнительными, а в некоторых случаях ведущими, являются социальные причины ГБ: низкая социальная поддержка, противоречивые отношения с близкими, профессиональные перегрузки – все то, что, с одной стороны,

способствует длительному «накоплению» отрицательных эмоций в психике, с другой стороны, – реципрокно снижает появление спонтанных положительных эмоций (восторг, удивление, радость, симпатия и т. п.). У ряда больных ГБ выявляются преморбидные невротические акцентуации – тревога или депрессия; их наличие влияет на естественное течение заболевания и характер терапии. Выраженная тревожность, как и высокий уровень депрессивности, могут быть причиной недостаточной эффективности при лечении ГБ.

Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина: принципы и практическое применение; пер. с англ. С. Могилевского. М.: ЭКСМО-Пресс; 2002:352.
2. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. М.: Медицинское информационное агентство; 2005:784.
3. Friedman M., Rosenman R.H. Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA*. 1959;169(12):1286–1296. DOI: 10.1001/jama.1959.03000290012005.
4. Табидзе А.А. Теория и практика генезиса психогенных заболеваний. *Психотерапия*. 2014;11:2–10.
5. Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Юстицкий В. Семейная психотерапия: хрестоматия. СПб.: Речь; 2007:400.
6. Таратухин Е.О. Социальный невроз в практике кардиолога. *Российский кардиологический журнал*. 2017;9:71–74. DOI: 10.15829/1560-4071-2017-9-71-74.
7. Медведев В.Э. Психические расстройства и артериальная гипертензия. *Психические расстройства в общей медицине*. 2007;1:33–39.
8. Сыркин А.Л., Медведев В.Э., Копылов Ф.Ю., Висуров С.А. Влияние патохарактерологических расстройств на течение гипертонической болезни. *Журнал Врач*. 2007;4:10–12. 9. Володина О.В. Психосоматические взаимосвязи тревожных невротических расстройств и гипертонической болезни (аналитический обзор). *Российский психиатрический журнал*. 2009;5:43–50.
10. Сидоров П.И., Новикова И.А. Ментальная медицина. М.: Гэотар-Медиа; 2014:728. Sidorov P.I., Novikova I.A. Mental Medicine. Moscow: Geotar-Media; 2014:728 (In Russ.).
11. Meyer C., Armenian H., Eaton W., Ford D. Incident hypertension associated with depression in Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 2004;83(2-3):127–133. DOI: 10.1016/j.jad.2004.06.004.
12. Намаканов Б.А. Доклиническая стадия семенной артериальной гипертензии. *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. 2006;2:23–25.
13. Петров С.В. Работа с психосоматикой в диалогово-феноменологической психотерапии. *Психотерапия*. 2016;160(4):93–96. Petrov S.V. Work with psychosomatics in dialogue and phenomenological psychotherapy. *Psychotherapy*. 2016;160(4):93–96 (In Russ.).
14. Moons W.G., Shields G.S. Anxiety, not anger, induces inflammatory activity: An avoidance/approach model of immune system activation. *Emotion*. 2015;15(4):463–476. DOI: 10.1037/emo0000055.
15. Friedman R., Schwartz J., Schnall P.L., Landsbergis P.A., Pieper C., Gerin W. et al. Psychological variables in hypertension: Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*. 2001;63(1):19–31. DOI: 10.1097/00006842-200101000-00003.
16. Арндт П., Клигген Н. Психосоматика и психотерапия. М.: Медпресс-информ; 2014:368.
17. Белялов Ф.И. Психосоматика. М.: Гэотар-Медиа; 2018:339.
18. Хитров Н.К., Салтыков А.В. Болезни цивилизации и нозологический принцип медицины с позиции общей патологии. *Клиническая медицина*. 2003;1:5–12.
19. Крылов А.А., Крылова Г.С. Психосоматические особенности у больных гипертонической болезнью. *Клиническая медицина*. 2001;6:56–57.
20. Палеев Н.Р., Краснов В.Н. Взаимосвязь психосоматики и соматопсихиатрии в современной медицине. *Клиническая медицина*. 2009;87(12):4–7.
21. Акимова Е.В., Гакова Е.И., Каюмов Р.Х. Личностная тревожность и сердечно-сосудистые заболевания в открытой популяции. *Научная мысль*. 2015;6:66–75.
22. Wu E.L., Chien I.C., Lin C.H. Increased risk of hypertension in patients with anxiety disorders: A population-based study. *J. Psychosom. Res.* 2014;77(6):522–527. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.10.006.
23. Meng L., Chen D., Yang Y., Zheng Y., Hui R. Depression increases the risk of hypertension incidence: A meta-analysis of prospective cohort studies. *J. Hypertens.* 2012;30(5):842–851. DOI: 10.1097/hjh.0b013e32835080b7.
24. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. Л.: Медгиз; 1950:496.
25. Gazzola L., Muskin P.R. The impact of stress and the objectives of psychosocial interventions. In book: Schein L.A., Bernard H.S., Spitz H.I., Muskin P.R., editors. *Psychosocial treatment for medical conditions: Principles and techniques*. New York: Brunner-Routledge; 2003:373–406.
7. Medvedev V.E. Mental disorders and arterial hypertension. *Mental Disorders in General Medicine*. 2007;1:33–39 (In Russ.).
8. Syrkin A.L., Medvedev V.E., Kopylov F.Y., Visurov S.A. Impact of pathocharacterological disorders on the course of hypertension. *Journal Doctor*. 2007;4:10–12 (In Russ.).
9. Volodina O.V. Psychosocial somatic relationships of anxiety neurotic disorders and hypertension (analytical review). *Russian Psychiatric Journal*. 2009;5:43–50 (In Russ.).
10. Sidorov P.I., Novikova I.A. Mental medicine. Moscow: Geotar-Media; 2014:728 (In Russ.).
11. Meyer C., Armenian H., Eaton W., Ford D. Incident hypertension associated with depression in Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 2004;83(2-3):127–133. DOI: 10.1016/j.jad.2004.06.004.
12. Namakanov B.A. Preclinical stage of seminal arterial hypertension. *Prevention of Diseases and Prevention of Health*. 2006;2:23–25 (In Russ.).

13. Petrov S.V. Work with psychosomatics in dialogue and phenomenological psychotherapy. *Psychotherapy*. 2016;160(4):93–96 (In Russ.).
14. Moons W.G., Shields G.S. Anxiety, not anger, induces inflammatory activity: An avoidance/approach model of immune system activation. *Emotion*. 2015;15(4):463–476. DOI: 10.1037/emo0000055.
15. Friedman R., Schwartz J., Schnall, P.L., Landsbergis P.A., Pieper C., Gerin W. et al. Psychological variables in hypertension: Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosomatic Medicine*. 2001;63(1):19–31. DOI: 10.1097/00006842-200101000-00003.
16. Arndt P., Klingen N. Psychosomatics and psychotherapy. Moscow: Medpress-inform; 2014:368 (In Russ.).
17. Bilalov F.I. Psychosomatics. Moscow: Geotar-Media; 2018:339 (In Russ.).
18. Khitrov N.K., Saltykov A.V. Diseases of civilization and nosological principle of medicine from the position of general pathology. *Clinical Medicine*. 2003;1:5–12 (In Russ.).
19. Krylov A.A., Krylova G.S. Psychosocial features in patients with hypertension. *Clinical Medicine*. 2001;6:56–57 (In Russ.).
20. Paleev N.R., Krasnov V.N. Relationship of psychomatics and somatopsychiatry in modern medicine. *Clinical Medicine*. 2009;87(12):4–7 (In Russ.).
21. Akimova E.V., Gakova E.I., Kayumov R.H. Personal anxiety and cardiovascular diseases in the open population. *Scientific Thought*. 2015;(6):66–75 (In Russ.).
22. Wu E.L., Chien I.C., Lin C.H. Increased risk of hypertension in patients with anxiety disorders: A population-based study. *J. Psychosom. Res.* 2014;77(6):522–527. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.10.006.
23. Meng L., Chen D., Yang Y., Zheng Y., Hui R. Depression increases the risk of hypertension incidence: A meta-analysis of prospective cohort studies. *J. Hypertens.* 2012;30(5):842–851. DOI: 10.1097/hjh.0b013e32835080b7.
24. Lang G.F. Hypertension. Leningrad: Medgiz; 1950:496 (In Russ.).
25. Gazzola L., Muskin P.R. The impact of stress and the objectives of psychosocial interventions. In book: Schein L.A., Bernard H.S., Spitz H.I., Muskin P.R., editors. Psychosocial treatment for medical conditions: Principles and techniques. New York: Routledge; 2003: 373–406.

Сведения об авторе

Еремеев Александр Геннадьевич, канд. мед. наук, врач-кардиолог палаты интенсивной терапии, отделение неотложной кардиологии, Краевая клиническая больница № 2. ORCID 0000-0002-3483-6979.
E-mail: shuryatik.com@mail.ru.

Еремеев Александр Геннадьевич, e-mail: shuryatik.com@mail.ru.

Поступила 10.12.2019

Information about the author

Alexander G. Eremeev, Cand. Sci. (Med.), Cardiologist, Intensive Care Unit, Department of Emergency Cardiology, Regional Clinical Hospital No. 2. ORCID 0000-0002-3483-6979.

E-mail: shuryatik.com@mail.ru.

Alexander G. Eremeev, e-mail: shuryatik.com@mail.ru.

Received December 10, 2019