**Особенности типа личности при гипертонической болезни**

Эмоционально-устойчивая личность характеризуется сохранением оптимальной работоспособности в условиях эмоционального напряжения. Психологические аспекты эмоциональной толерантности лучше всего рассматривать с позиций психологической модели эмоционально-устойчивой личности. Эмоциональная активация может как стимулировать умственную деятельность человека, так и наоборот, вносить дезорганизацию в ее осуществление. Эмоциональная окраска деятельности, с нашей точки зрения, зависит от ряда факторов: волевых качеств, уровня интеллекта, повышенной устойчивости к фрустрационным ситуациям, чертам личности, в формировании которых участвуют как генетические факторы, так и социальная среда.

Один и тот же человек может показать различную эмоциональную активность в разных моделях ситуаций эмоционального напряжения. Очень рельефно выявляется эмоциональная устойчивость человека в таких видах деятельности, как межличностное взаимодействие. В этом случае эмоциональная активация зависит от мобилизации внутригрупповых взаимосвязей, от их стабильности, от конфликтообразующих свойств личности. Эмоциональная устойчивость включает в себя биологические и социальные факторы. К биологическим факторам относятся такие свойства нервной системы, как подвижность, возбуждение и торможение, их согласованное взаимодействие. К биологическим факторам относятся и такие психологические черты, как лидерство, экстраверсия.

К социальным факторам можно, вероятно, отнести повышенную коммуникативность, конфликтность. Генетически детерминированное свойство человека к конфликтообразованию резко снижает, с нашей точки зрения, толерантность человека к эмоциональному напряжению, особенно когда оно возникает в социальных условиях межличностного взаимодействия. В нормальных условиях групповой деятельности в группе существует психологический гомеостаз и поведение человека в процессе взаимодействия соответствует тому, что от него ожидают. Если же личность считает, что ожидаемые от него действия нецелесообразны и что коллектив ошибается, а он прав, то в этом случае возникает конфликт.

Эмоциональная устойчивость (ЭУ) представляет собой адаптационно-приспособительную реакцию организма, его способность переносить эмоциональные нагрузки, не вызывая дезинтеграции регуляторно-приспособительных механизмов человека. Эмоциональная устойчивость нарушается в том случае, если человек не может преодолеть конфликта между своими возможностями и возникшими трудностями в окружающей социальной среде или межличностном общении.

Возникшее несоответствие между уровнем притязаний данного человека и проецируемыми в сознании последствиями данного события или социального явления снижает эмоциональную устойчивость личности. Сниженная толерантность к фрустрации отмечается у лиц с наличием тревоги, невротизма, конфликтности.

Лица с эмоционально-неустойчивым типом личности характеризуются преобладанием второсигнального торможения над возбуждением. Для них характерны такие психологические свойства, как зависимость, интраверсия, нерешительность, неуверенность.

С социальных позиций их можно характеризовать как лиц замкнутых, с резко ограниченной возможностью межличностного взаимодействия, неспособных образовывать и поддерживать внутригрупповые взаимосвязи. Для этих лиц эмоциональный стресс является дезорганизующим фактором.

Интегративная значимость эмоционального состояния в формировании поведения человека известна давно, но конкретно представить себе все взаимосвязи между психологическими детерминантами и физиологическими коррелятами эмоций очень трудно. Гипертоническая болезнь тесно связана с эмоциональными состояниями, возникающими в процессе взаимодействия человека с внешним миром. Под влиянием эмоционального напряжения происходит реорганизация системного механизма церебральной регуляции кровообращения, направленность и глубина которой зависят от конституционально-генетических факторов, психологического типа личности, подвижности вегетативной и симпатоадреналовой систем, гормонального обеспечения [Анохин, Леви].

Необходимость постоянной адаптации человека не только к изменяющимся условиям внешней среды, ускоряющемуся темпу и ритму жизни, но и к повышению интенсивности межличностных отношений, к частым конфликтным ситуациям заставляет человека усиливать и изменять качественно и количественно свою психическую активность. В этих условиях устойчивость человека к эмоциогенным факторам зависит и от структурных характеристик личности, и от ее психологических детерминант.

Психологический портрет и здорового, и больного человека слагается из двух компонентов: обусловленного генетически и социально-приобретенного в процессе становления личности. Без сомнения, различные грани психологического портрета личности проявляются более рельефно в условиях какой-либо нагрузки на психику, чем в условиях покоя.

При столкновении с особыми экстремальными условиями среды реализуется специальная генетическая программа организма. При эмоциональном стрессе происходит экономное расходование энергетических и структурных запасов организма, обеспечивающих напряженное функционирование нервной, сердечно-сосудистой, гормональной систем организма. В условиях экстремальной ситуации рельефно выявляются контуры генетического кодирования каждой системы.

Динамические характеристики протекания психических функций (особенно таких, как темп и интенсивность) генетически детерминированы, и нередко они оказывают решающее влияние на эффективность выполняемой человеком умственной нагрузки в эмоционально-напряженной ситуации. Например, состояние тревожности и депрессии отрицательно сказывается на решении различных задач.

С. Л. Рубинштейн отмечал, что при объяснении любых психических явлений личность выступает как воедино связанная совокупность внутренних условий, через которую преломляются все внешние воздействия.

Исследуя черты личности больных гипертонической болезнью, можно отметить, что у них выражено упрямство, скрытность, неудовлетворенность собой и окружающими, враждебная настроенность к окружающим с одновременным проявлением агрессивных тенденций поведения. Одновременно с этим мы отмечали у них повышенную чувствительность к критике, нарушение внутреннего равновесия, внутреннее напряжение и тревогу, неуверенность в себе. Дисгармоничность личности больных I и II стадий гипертонической болезни наблюдается на фоне неадаптированных вегетативных реакций. В III стадии гипертонической болезни к этому присоединяется ряд черт органического поражения ЦНС.

При изучении психологического портрета представителей каждой из трех групп наблюдаемых нами больных особое внимание было уделено больным с нетяжелыми соматическими заболеваниями (фарингит, отит), без патологии сердечно-сосудистой системы. Наблюдение за этой группой позволило выявить степень подвижности таких черт личности, как тревожность, потребность в социальной активности, устойчивость таких параметров личности, как экстраверсия — интраверсия.

Последовательно изучая психологический портрет здоровых лиц, больных с нетяжелыми соматическими заболеваниями и больных гипертонической болезнью, мы надеялись выяснить возможное влияние длительных сосудистых изменений на трансформацию личностных особенностей больных. Учитывая многолетний характер течения гипертонической болезни, мы предположили, что эволюция психологических черт личности больного будет происходить постепенно и поэтому проследить становление молодых больных и лиц пожилого возраста является целесообразным.

В проблеме взаимосвязи гипертонической болезни и психических нарушений можно выделить два вида причинно-следственных отношений: 1) при длительном лечении гипертонической болезни возникают различного рода психические расстройства по типу тревожно-депрессивного или псевдоневрастенического; 2) при неврозах возникают сосудистые расстройства и иногда гипертоническая болезнь.

Какие же психические изменения возникают при гипертонической болезни? У больных в I и II стадии, особенно у женщин, могут преобладать явления повышенной раздражительности, плаксивости, быстрого утомления, вспыльчивости, пониженного настроения, снижение работоспособности, головная боль, нарушение сна. Особенно мучительны для больных бывают нарушения сна, изменение ритма дня и ночи, с тревожными сновидениями, сон становится поверхностным, не дает бодрости. Во II и III стадиях гипертонической болезни к этому присоединяется ухудшение памяти, изменение личности и некоторых черт характера. Больные становятся повышенно раздражительными, ревнивыми, появляется скупость. В межличностном взаимодействии в семье и производстве больные становятся бестактными к окружающим. Очень неприятным для окружающих становится симптом страха, который появляется у больных во II и III стадиях, в сочетании с повышенной тревогой. Страх имеет соматогенно-обусловленную природу и вначале для больного не имеет четкой фабулы. Затем больные конкретизируют его как страх смерти, страх инвалидности, нарушение семейных взаимосвязей и т. д. Если у больных преобладает тревога в сочетании с депрессией, то иногда они неадекватно реагируют на окружающих. Физиологически у больных отмечается быстрая утомляемость, истощаемость, хрупкость физиологических связей в коре головного мозга.

Выработанные динамические стереотипы в производственной и семейно-личной сфере теряют пластичность, становятся инертными, больные не могут их изменить. Нарушение динамического стереотипа (например, уход на пенсию, переезд на новую квартиру, приход в семью нового человека, развод с супругом) вызывают тяжелый сосудистый криз, иногда осложненный инфарктом миокарда или нарушением мозгового кровообращения. Во II и III стадиях гипертонической болезни появляется повышенная метеозависимость, с повышенной сензитивностью к колебаниям температуры, влажности и барометрического давления. Аналитико-синтетическая деятельность коры нарушается. Больные становятся многословными со сниженным интеллектуальным потенциалом. Отмечается четкая взаимосвязь повышенного АД (особенно в период криза) и ухудшения показателей психических функций, снижения памяти. Возникает замкнутый круг, когда сосудистые колебания ухудшают условия для психической деятельности, а повышенная чувствительность к эмоциогенным факторам утяжеляет течение сосудистой патологии.

При изучении патогенеза гипертонической болезни большое значение придают проблеме личности. Именно психогенные влияния на протяжении всей жизни больного создают благоприятную почву для деформации психологических структур личности, делают ее повышенно ранимой эмоциогенными факторами, при этом наблюдается разбалансированность вегетативной нервной системы.

Какие же стрессогенные воздействия деформируют личность? 1) детские психогении; 2) интимно-личностные конфликты в семейной "и служебной сфере; 3) потеря близких; 4) травматические повреждения головного мозга и различного рода транспортные катастрофы.

Особое внимание мы уделили таким подвижным чертам, как тревога и невротизм. Эти черты были проанализированы у больных и здоровых лиц разного возраста. В I группу вошли больные гипертонической болезнью зрелого возраста, во II — больные гипертонической болезнью молодого возраста, в III — больные с нетяжелыми соматическими заболеваниями, в IV — здоровые лица зрелого возраста, в V — здоровые лица молодого возраста.

У здоровых лиц молодого возраста (V группа) уровень тревоги составил 13 баллов, что совпадает с результатами большинства исследователей. У больных (III группа) отмечается некоторое повышение уровня тревоги до 15,7 балла. Эта динамика иллюстрирует выраженную подвижность показателя в короткий промежуток времени и в зависимости от незначительного соматического заболевания.

Уровень тревоги у. больных гипертонической болезнью молодого возраста (II группа) составляет 16,2 балла, а лиц зрелого возраста (I группа) —22,1 балла. Такое выраженное различие уровня тревоги при одном и том же заболевании объясняется, с нашей точки зрения, двумя обстоятельствами: отсутствием длительности заболевания у молодых лиц и наличием у них оптимизма молодости.

Не ограничиваясь количественной констатацией фактора тревоги мы проанализировали этот признак качественно во всех группах здоровых и больных. Особое внимание мы уделили лицам с высоким уровнем тревоги (ВТ).

Под понятием «высокий уровень» мы понимаем тревогу свыше 20 баллов по шкале Тейлора. Высокий уровень тревоги был обнаружен у большинства больных гипертонической болезнью. Если у здоровых лиц молодого возраста (V группа) ВТ составил только 6%, у здоровых лиц зрелого возраста и больных с нетяжелыми самотическими заболеваниями — 10, то среди больных гипертонической болезнью оказалось 36% случаев с высоким уровнем тревоги в молодом возрасте и 52% случаев у лиц в зрелом возрасте. Распределение низкого уровня тревоги (НТ) по группам имеет иной характер. Низкий уровень тревоги слабо выражен у больных гипертонической болезнью. Значение показателя НТ существенно возрастает у здоровых и больных с нетяжелыми соматическими заболеваниями. Значение НТ в группах III, IV, V составило 64%.

В двух группах больных гипертонической болезнью (молодого и пожилого возраста) различие в значении ВТ велико. У молодых ВТ составляет 36% случаев, у пожилых — 52%. Норма выраженности тревоги у них резко отличается: у пожилых НТ— 15%, У молодых— 49%. Это объясняется тем, что у лиц пожилого возраста уровень повышенной тревоги составляет 33%. Длительное течение заболевания у лиц пожилого возраста, незначительная эффективность лечения и неблагоприятная перспектива создают постоянно высокий уровень тревоги.

Полученные А. Ф. Быстрицкой результаты исследования подтверждают предположение психологов о том, что тревога не связана ни с мотивацией, ни с характером, а скорее является устойчивым психическим состоянием. Она является очень подвижной чертой и характеризуется обратимостью при нормализации соматического состояния и социальных условий человека.

Тревога представляет собой устойчивое состояние неопределенной угрозы, характер и направленность которой не известны. Оно может продолжаться в течение длительного времени и подвергаться обратному развитию или прогрессировать. Тревога оказывает влияние на характер организации психической деятельности и эффективность умственной деятельности.

Мы сопоставили уровень работоспособности и наличие уровня тревоги. Можно было бы предположить, что тревога вызывает дезорганизацию умственной деятельности и соответственно снижает эффективность интеллектуальной работы. Высокий уровень тревоги сочетается с низкой эффективностью выполняемой деятельности. Высокий уровень эмоциональной напряженности приводит к расширению поля активного внимания, и больные реагируют на более широкий круг стимулов, так как вынуждены контролировать раздражители из окружающей среды. Больные становятся более сензитивными с повышенными, часто неадекватными реакциями на внешние раздражители. Особенно чувствительны больные к звуковым воздействиям, к словесным раздражителям.

Является ли тревога устойчивой чертой личности? Мы считаем, что в условиях психосоматических заболеваний (например, гипертонической болезни) с длительным хроническим течением тревога является достаточно устойчивой чертой личности. Она характеризуется ощущением беспокойства, напряжения, нервозности, чувством опасности, неясной угрозы, которое сопровождается активацией вегетативной нервной системы.

Тревогу можно рассматривать как механизм психологической защиты и как прерывание организованного, целенаправленного поведения организма (нарушение функциональной системы по П. К- Анохину), его блокирование, что приводит к вегетативной активации. Манифестацией вегетативной активности у этих больных является повышение уровня катехоламинов в крови, часто еще до начала эмоционального напряжения («стартовая готовность»). У больных гипертонической болезнью (как и при других психосоматических заболеваниях) тревога возникает в ситуации беспомощности организма, когда у человека нет альтернативных способов преодоления заболевания. Вероятно, тревога, связанная с психосоматическим заболеванием, является специфической человеческой чертой, связанной с ситуативной неадекватностью концептуальной системы личности. В связи с тем что оценка тревоги данной личностью всегда связана с будущим, здесь всегда присутствует элемент неопределенности.

По нашим наблюдениям, больше склонны к развитию тревожности интраверты, реже экстраверты.

Анализируя тревогу по таким качественным характеристикам, как степень ее связи с той или иной сферой — нервнопсихической, социальной, мы обнаружили, что она в большей мере была связана с нервно-психической сферой и встречалась чаще у лиц I, III, IV групп.

У молодых лиц, больных гипертонической болезнью (II группа), тревога связана главным образом с социальной сферой. Это еще раз подтверждает положение о том, что гипертоническая болезнь является социально-обусловленным заболеванием и ограничение социальных взаимосвязей человека или снижение их эффективности создает предпосылки для развития заболевания.

Именно состояние тревоги обеспечивает яркое проявление отрицательных эмоций человека, большую их интенсивность в ответ на незначительные эмоциогенные раздражители.

Переходим к анализу второго подвижного признака личности — невротизма (по результатам самооценок с использованием шкалы «стабильность — невротизм» по методу Айзенка), который изучался во всех группах. Отмечается четкая закономерность нарастания признаков невротизма от 6% У молодых здоровых лиц до 47% У пожилых, больных гипертонической болезнью.

На рис. 54 представлен график, показывающий распределение невротизма между группами больных и здоровых лиц разного возраста. Можно отметить, что больше лиц с повышенным невротизмом встречается в I группе и число их постепенно уменьшается с увеличением номера группы.

Можно предположить, что даже у здоровых лиц уровень невротизма коррелирует с возрастом: если у молодых больных причин для невротизма незначительное число, то у лиц пожилого возраста частое возникновение эмоционально-напряженных ситуаций в различных фрустрационных условиях является благоприятной почвой для невротизма. У здоровых лиц пожилого возраста уровень невротизма составляет 18% по сравнению с 6% у молодых. У больных гипертонической болезнью в молодом возрасте этот уровень составляет 30%, а в пожилом возрасте — 47%. Такая связь характера заболевания и возраста больных обусловливает возникновение при гипертонической болезни замкнутого порочного круга между эмоциональным напряжением, невротизмом и прогрессированием заболевания.

Невротизм создает благоприятную почву для возникновения гипертонической болезни, особенно при наличии часто повторяющихся эмоционально-напряженных ситуаций. Мы провели корреляционный анализ между личностными параметрами тревоги и невротизма. Получен высокий коэффициент корреляции. Из 85 больных гипертонической болезнью в I группе, имеющих высокий уровень тревоги, у 63 больных обнаружен высокий уровень невротизма и только двое имели низкий уровень невротизма. Такая же взаимосвязь между тревогой и невротизмом отмечалась у больных во II и III группах, хотя уровень тревоги в этих группах был значительно снижен.

Сочетание высокого уровня невротизма с высоким уровнем тревоги способствует дезорганизации и распаду социальных взаимосвязей на производстве и в личной жизни. У такого типа больных появляются истероидные и ипохондрические черты личности, снижается толерантность к фрустрационным ситуациям, извращается характер течения эмоций: на незначительные эмоциогенные факторы организм реагирует бурным энергетическим обеспечением с истощением физиологических и психологических ресурсов.

Наши данные о повышенной тревоге и невротизме у больных гипертонической болезнью подтверждаются и исследованиями других авторов. Интересные данные о психологической деформации личности у больных гипертонической болезнью приводит И. К. Шхвацабая. Он сопоставил психологический портрет больных гипертонической болезнью и больных симптоматическими гипертониями (главным образом почечными). Идея заключалась в том, что если причиной деформации личности является повышение артериального давления, то изменения психики должны коррелировать с тяжестью сосудистых изменений. При гипертонической болезни с позиций психолога он отметил высокий уровень невротизма с повышенной тревогой, пессимизмом, страхом, внутренним напряжением, повышенной активностью, стремлением доминировать, авторитарностью, стремлением к независимости. При симптоматической почечной гипертонии менее выражен невротизм, тревога, нет стремления к лидерству, авторитарности, хотя соматически, по показателям артериального давления, эти больные являются более тяжелыми.

Эти факты, приводимые И. К. Шхвацабая (об отсутствии резких психологических нарушений у больных вторичной почечной гипертонией), еще раз подчеркивают принципиальное различие между гипертонической болезнью и вторичными гипертониями. Это различие касается прежде всего генетической детерминанты у больных гипертонической болезнью с последующим формированием особого социально-психологического портрета личности.

Эти клинические наблюдения совпадают с нашими данными и дают возможность предполагать, что причина деформации психологического портрета больного гипертонической болезнью не связана с сосудистыми нарушениями головного мозга, его гипоксией и нарушением ауторегуляции. Психологические нарушения связаны с самим патогенезом гипертонической болезни, с наследственными и приобретенными биохимическими и морфологическими нарушениями в коре, лимбико-ретикулярной формации и симпато-адреналовой системе, с особой функционально-морфологической структурой этих образований.

Одной из важных черт личности является лидерство — зависимость. В зарубежной литературе этому показателю придают большое значение в связи с формированием сосудистых заболеваний. Считают, что лица, относящиеся к группе А, обладают чертами лидерства. Именно поэтому мы уделили большое внимание этому показателю. В совместной с А. Ф. Быстрицкой работе на установке «Гомеостат» выделение лидера происходило не путем формального назначения, а путем выбора в процессе выполнения работы. Лидер оценивался не столько по эффективности выполняемой работы, сколько по количеству затраченных на ее решение усилий. Были выделены три степени интенсивности выраженности признаков «лидерство — зависимость»: а) высокая степень стремления к лидерству, б) умеренно выраженное стремление к лидерству в сочетании с умеренной зависимостью, в) высокая степень зависимости от окружающих.

При анализе результатов, полученных с помощью многопрофильного вопросника ММРІ с использованием функциональных шкал «лидерство — зависимость», мы уделяли внимание не столько лидерству, сколько зависимости, сопоставляя ее с невротизмом и тревогой. Самый высокий уровень лидерства (73%) был отмечен у здоровых лиц молодого возраста. Это вполне естественно, так как в молодости отмечается переоценка собственных возможностей и некритическое отношение к себе. Это подтверждается и тем, что у юношей, больных гипертонической болезнью (II группа), процент лидерства (58%) выше, чем у здоровых лиц пожилого возраста (52%). Следовательно, лидерство связано не только с генетической доминантой, но и с возрастным фактором. Соответственно величина уровня зависимости в группе здоровых юношей (V группа) составляет всего 27%, а у больных гипертонической болезнью зрелого возраста (I группа) —67% и у молодых больных гипертонической болезнью (II группа)—42%.

Интересна динамика «лидерства — зависимости» в III группе у лиц с нетяжелыми соматическими заболеваниями: в этой группе процент лидерства составил 35, а зависимость увеличилась до 65%. Эти факты подтверждают предположение о том, что «лидерство — зависимость» является такой психологической чертой личности больного, которая связана с социальной адаптацией человека к окружающему миру. В отличие от тревоги и невротизма «лидерство» несвойственно больным гипертонической болезнью. Эти результаты опровергают предположение зарубежных ученых о том, что для больного гипертонической болезнью характерен тип А, важным компонентом которого является стремление к лидерству.

Кроме вышеотмеченных личностных особенностей, мы подвергли анализу некоторые поведенческие реакции здоровых и больных гипертонической болезнью.

По нашим наблюдениям, для больных гипертонической болезнью очень значимы различного рода конфликтные ситуации. Они вызывают дисфункцию не только в сердечно-сосудистой системе, но и в гормональной, свертывающей системе. Особенно значительны эти изменения у лиц с чертами личности, обеспечивающими возникновение конфликтов, с наличием обидчивого эгоцентрического характера. Эти лица, попадая в различного рода фрустрационные ситуации, являются своеобразным генератором конфликтного поля высокого напряжения. Эмоциональная мобильность и эмоциональная вязкость у больных гипертонической болезнью всегда сопровождаются аккомпанементом сосудистых реакций.

Особое внимание мы уделили реакции конфликтного типа, при работе на «Гомеостате» (аппарате, моделирующем стрессовые ситуации). Мы отметили появление у некоторых здоровых лиц и больных мышечного возбуждения, речевой расторможенности, перекладывание ответственности за нерешенную задачу на партнера, агрессивность по отношению к партнеру и к врачу. Необходимо отметить, что конфликтность включает в себя как один из компонентов агрессивность. Этой личностной особенности придают большое значение в психологическом портрете личности, но зафиксировать ее очень трудно. Для проявления ее необходимы групповые взаимодействия и эмоционально-напряженная ситуация с повышенной значимостью выполняемой работы. Отмечено, что у здоровых лиц склонность к конфликту составляет 47%, т. е. приблизительно половину. У больных эта цифра увеличивается до 64,5%- Вероятно, это обусловлено тем, что при гипертонической болезни возникает деформация психологического личностного партнера с увеличением элементов невротизма, тревоги. Эти изменения, особенно невротизм, вызывают повышенную раздражительность, агрессивность по отношению к окружающему, и как следствие этого — конфликт.

Чрезвычайно интересен вопрос о взаимосвязи конфликта и отрицательных эмоций. Биологический смысл отрицательных эмоций как приспособительного звена у животных связан с удовлетворением какой-либо потребности. Наличие опыта отрицательных эмоций позволяет животному проанализировать афферентную импульсацию и осуществить принятие решения и афферентный синтез в том направлении, который обеспечивает организму удовлетворение данной потребности.

Отрицательные эмоции человека, имеющие социальную окраску (в частности, конфликтные ситуации), имеют совершенно другой оттенок. При межличностном взаимодействии у человека иногда возникает конфликт, и он, базируясь на предыдущем опыте, на различного рода социальных взаимосвязях, решение принимает, но удовлетворение потребностей не происходит. Иногда в условиях конфликта человек вынужден углублять его, иногда затормаживать, но при этом всегда сохраняется эмоциональное напряжение.

Следовательно, с позиций функциональной системы П. К. Анохина для животного отрицательные эмоции являются целесообразными и становятся стимулирующим фактором для удовлетворения потребностей, у человека же отрицательные эмоции в плане конфликтных ситуаций почти всегда нецелесообразны.

Когда организм человека не может удовлетворить потребность и человек не в состоянии анализировать эмоции, то возникает застойный очаг возбуждения. В патогенезе гипертонической болезни именно застойные очаги возбуждения являются основным патогенетическим фактором. Происходит рассогласование между удовлетворением возникшей потребности в прекращении конфликта и невозможностью осуществления ее, так как это зависит не только от одного человека. В случае невозможности прекращения конфликта поведенческие реакции включаются на длительный срок, происходит их постоянное напряжение. В гипоталамусе формируется раздражение, которое может быть основой сосудистых нарушений. В экспериментах К. В. Судаковым отмечено, что эмоциональное возбуждение отрицательного характера обладает длительным последствием и суммацией. Особенно это относится к социальным конфликтным ситуациям. Возникает суммация эмоциональных раздражений, и тогда они легче переходят в форму застойного очага возбуждения, сохраняясь в ЦНС даже после завершения этой конфликтной ситуации. Еще одна особенность, отмеченная К. В. Судаковым, состоит в том, что стационарное эмоциональное возбуждение обладает особенностью к генерализованной активации мозговых структур, особенно коры больших полушарий, и нейрогуморальным путем это возбуждение распространяется на соматическую сферу. При повторных конфликтах возникает эффект суммации нового конфликта с предыдущим.

Конфликтные ситуации неприятны тем, что они дают непрерывный поток сигналов патологической импульсации, так же как и в случае ожидания при дефиците времени, это сопровождается непрерывным напряжением ферментативных процессов в ЦНС.

В дальнейшем работа с пациентами с гипертонической болезнью должна осуществляться как непосредственно лечащим врачом, так и психологом.

**Литература**

1.Киколов А.И. Умственный труд и эмоции. – М., 1999

2.Куренкова А. Гемодинамика мозга и продуктивность умственной работы здоровых лиц и страдающих гипертонической болезнью. – М., 2002

3.Грей Д.А. Сила нервной системы, интроверсия и экстраверсия, условные рефлексы и реакция активации. – М., 2002

4.Губачев Ю.М., Иовлев Б.В. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л., 1987