

УДК 616.895:616.12

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОГО СИНДРОМА
У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

М.Р. Сулайманова, П.А. Шелиховская, А.Э. Лысенко

Идентифицирован уровень аффекта при сердечно-сосудистых заболеваниях и психических расстройствах невротического уровня, с учетом уровня одиночества, агрессивности и враждебности. Изучено корреляционное взаимодействие клинико-психологических составляющих аффективного синдрома, обуславливающих хронизацию и резистентность к проводимой терапии.

Ключевые слова: тревога; депрессия; одиночество; агрессивность; дестигматизация.

**ЖҮРӨК-КАН ТАМЫР ООРУЛАРЫ ЖАНА ПСИХИАТРИЯЛЫК ООРУЛАР МЕНЕН
ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН АФФЕКТИВДҮҮ СИНДРОМУНУН
КЛИНИКА-ПСИХОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

Макалада жүрөк-кан тамыр ооруларында жана невротикалык деңгээлдеги психикалык бузулууларда, жалгыздык, агрессивдүүлүк, душманчылдык деңгээлдерин эске алуу менен аффекттин деңгээли жекелештирилген. Жүргүзүлгөн терапияга карата хронизацияны жана резистенттүүлүктү шарттаган, аффективдүү синдромду түзүүчү клиникалык-психологиялык түзөтүүчү өз ара аркеттешүү изилденди.

Түйүндүү сөздөр: коркунуч; депрессия; жалгыздык; агрессивдүүлүк; дестигматизация.

**CLINICAL-PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF AFFECTIVE SYNDROME
IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES AND PSYCHIATRIC DISORDERS**

M.R. Sulaimanova, P. A. Shelikhovskaya, A.E. Lysenko

The level of affect in cardiovascular diseases and neurotic psychiatric disorders was identified, taking into account the level of loneliness, aggressiveness and hostility. The authors have studied the correlation interaction of the clinical and psychological components of the affective syndrome, which determine the chronization and resistance to the therapy.

Keywords: anxiety; depression; loneliness; aggression; destigmatization.

В современное время, аффективные нарушения чрезвычайно распространены при сердечно-сосудистых и других соматических заболеваниях и часто являются доминирующими симптомами при психических расстройствах [1–12]. Несмотря на многочисленные исследования в области кардиологии, высокий уровень хронизации сердечно-сосудистой патологии, коморбидность с аффективными проявлениями, резистентность к терапии, а также высокий уровень осложнений и смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях, остаются актуальными проблемами [1–9]. В литературе рассматривается множество научных работ, ориентированных на изучение аффективного синдрома

при соматической, а также психиатрической патологии. Тем не менее, обращаемость пациентов с психическими расстройствами амбулаторного уровня к специалистам минимальна [8–12] в силу ряда причин, наиболее важной из которых является феномен стигматизации, распространённый среди населения КР [9]. Таким образом, исследования структуры аффективного синдрома требуют более глубокого и детального анализа, а результаты научных исследований – наиболее активного практического внедрения в области практической медицины.

Цель – изучение клинико-психологического спектра аффективного синдрома у пациентов

с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и психическими расстройствами невротического уровня (НР) для оптимизации диагностики, терапии и профилактики.

Задачи:

1. Определить и идентифицировать выраженность аффекта при ССЗ и НР, с учетом уровня одиночества и агрессивности.

2. Изучить взаимосвязи клинико-психологических составляющих в структуре аффективного синдрома у пациентов с ССЗ и НР в зависимости от продолжительности основного заболевания.

3. На основании полученных результатов сформулировать стратегические положения, ориентированные на эффективность лечебно-диагностических процессов и предупреждение хронизации аффекта.

Материалы и методы исследования. Обследовано 62 респондента с аффективным синдромом в структуре сердечно-сосудистых заболеваний и психиатрической патологии (соответствующей критериям диагностики МКБ-10: F-3, F-4, F-5) [13], из которых 34 женщины (55 %) и 28 мужчин (45 %) на базе НЦКиТ им. М.М. Миррахимова и Республиканского центра психического здоровья (РЦПЗ), в возрасте 19–55 лет. Согласно принципу нозологической принадлежности, сформировано 2 группы: I группу составили 31 (50 %) респондент с ССЗ (ГБ, КБС), II группу составили 31 (50 %) респондент с психическими расстройствами невротического уровня (МКБ-10: F3–F5). Для реализации поставленных задач, с информированного согласия пациентов, мы применили следующие методы исследования: полужформализованное интервью, стандартизованные шкалы личностной (ШЛТ) и ситуативной тревожности Спилбергера – Ханина (ШСТ), шкала Цунга для определения депрессии, шкала Рассела – Фергюсона для определения уровня субъективного ощущения одиночества, шкала агрессии Басса – Дарки. Полученные данные подвергались процедуре статистической обработки с использованием пакета компьютерных программ Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Идентификация среднего уровня аффекта выявила следующие показатели (таблица 1): у респондентов I группы ситуативная тревожность соответствует умеренной степени выраженности ($37,90 \pm 1,54$); средний уровень личностной тревожности соответствует умеренной степени по ШЛТ ($42,52 \pm 1,37$); депрессия клинически не выражена ($40,68 \pm 1,19$) по Цунгу. У пациентов II группы средний уровень ситуативной тревожности соответствует высокой степени выра-

женности по ШСТ ($48,51 \pm 1,73$), средний уровень личностной тревожности соответствует высокой степени по ШЛТ ($50 \pm 1,21$), уровень депрессии достигает легкой степени выраженности ($44,77 \pm 1,63$) – по Цунгу.

Таблица 1 – Идентификация уровня аффекта у респондентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и психическими расстройствами невротического уровня

| Аффект (шкала) | I группа | II группа | P |
|-------------------|------------------|------------------|-----------|
| Тревожность (ШСТ) | $37,90 \pm 1,54$ | $48,51 \pm 1,73$ | $< 0,001$ |
| Тревожность (ШЛТ) | $42,52 \pm 1,37$ | $50 \pm 1,21$ | $< 0,001$ |
| Депрессия (Цунг) | $40,68 \pm 1,19$ | $44,77 \pm 1,63$ | $< 0,05$ |

Таким образом, у пациентов I и II групп уровень тревоги значительно превышает нормальные показатели, при этом у пациентов II группы доминирует и соответствует высокой степени выраженности. Уровень депрессии у пациентов II группы приближается к легкой степени.

При идентификации уровня одиночества определены следующие показатели (таблица 2): у пациентов I группы уровень одиночества приближен к средней степени выраженности ($19,23 \pm 2,59$). У пациентов II группы уровень одиночества соответствует средней степени выраженности ($27,55 \pm 2,12$).

Таблица 2 – Идентификация уровня одиночества у пациентов с ССЗ и психическими расстройствами невротического уровня

| Шкала Рассела – Фергюсона | I группа | II группа | P |
|---------------------------|------------------|------------------|----------|
| Уровень одиночества | $19,23 \pm 2,59$ | $27,55 \pm 2,12$ | $< 0,05$ |

Таким образом, у респондентов II группы уровень одиночества соответствует средней степени выраженности и превышает данный показатель респондентов I группы, не достигающий среднего уровня выраженности.

При идентификации уровня агрессии и враждебности выявлено (таблица 3): у пациентов I группы уровень агрессии соответствует нормальному ($18,68 \pm 0,77$), уровень враждебности повышен ($10,29 \pm 0,58$); у II группы уровень агрессии является нормальным ($20,51 \pm 0,76$), уровень враждебности повышен ($11,74 \pm 0,46$), причем данные показатели у пациентов II группы наиболее выраженнее.

Таким образом у пациентов как I, так и II группы уровень враждебности превышает норму,

Таблица 3 – Идентификация уровня агрессивности и враждебности у пациентов с ССЗ и психическими расстройствами невротического уровня

| Шкала Басса – Дарки | I группа | II группа | Значимость |
|-----------------------|------------|------------|------------|
| Уровень агрессивности | 18,68±0,77 | 20,51±0,76 | P>0,05 |
| Уровень враждебности | 10,29±0,58 | 11,74±0,46 | P<0,05 |

при этом у пациентов II группы наиболее выражен; уровень агрессии у обеих исследуемых групп респондентов соответствует нормальным показателям (рисунок 1).

Нами проведен анализ корреляционных связей, который выявил следующие взаимообуславливающие процессы: уровень ситуативной тревожности достоверно коррелирует с уровнем личностной тревожности ($r = 0,26$; $P < 0,05$); одиночества ($r = 0,19$; $P < 0,05$), с уровнем депрессии ($r = 0,26$; $P < 0,05$); обратно коррелирует с продолжительностью заболевания ($r = -0,04$). Уровень личностной тревожности высоко достоверно коррелирует с уровнем одиночества ($r = 0,40$; $P < 0,01$), с уровнем депрессии ($r = 0,39$; $P < 0,01$), с уровнем враждебности ($r = 0,47$; $P < 0,01$); достоверно коррелирует с уровнем ситуативной тревожности ($r = 0,26$; $P < 0,05$) и с уровнем агрессивности ($r = 0,29$; $P < 0,05$). Уровень субъективного ощущения одиночества высоко достоверно коррелирует с уровнем личностной тревожности ($r = 0,41$; $P < 0,01$), уровнем

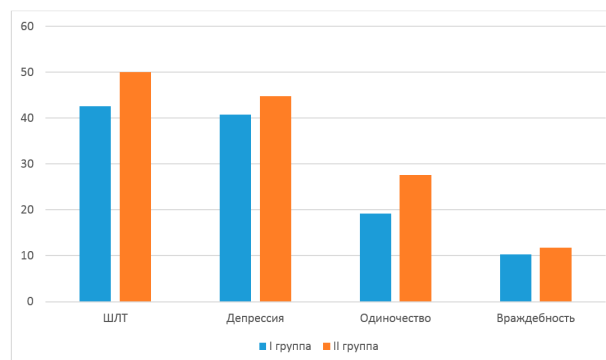


Рисунок 1 – Идентификация уровня тревоги (ШЛТ), депрессии, одиночества и враждебности у пациентов с ССЗ и с психическими расстройствами невротического уровня

депрессии ($r = 0,58$; $P < 0,01$), с уровнем агрессивности ($r = 0,40$; $P < 0,01$) и враждебности ($r = 0,51$); обратно коррелирует с продолжительностью заболевания ($r = -0,01$). Уровень депрессии высоко достоверно коррелирует с уровнем личностной тревожности ($r = 0,39$; $P < 0,01$), ощущением одиночества ($r = 0,58$; $P < 0,01$), уровнем агрессивности ($r = 0,34$; $P < 0,01$) и враждебности ($r = 0,52$; $P < 0,01$); достоверно коррелирует с уровнем ситуативной тревожностью ($r = 0,26$; $P < 0,05$). Уровень агрессивности высоко достоверно коррелирует с уровнем одиночества ($r = 0,40$; $P < 0,01$), депрессии ($r = 0,34$; $P < 0,01$) и уровнем враждебности ($r = 0,56$; $P < 0,01$); достоверно коррелирует с уровнем личностной тревожности ($r = 0,29$; $P < 0,05$). Обратно

Таблица 4 – Корреляционные связи между уровнем аффекта, одиночества, агрессивности, враждебности и продолжительностью заболевания у исследуемого контингента респондентов

| Клинико-психологические параметры | Ситуативная тревожность | Личностная тревожность | Одиночество | Депрессия | Агрессивность | Враждебность | Продолжительность р-ва |
|-----------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------|-----------|---------------|--------------|------------------------|
| Ситуативная тревожность | - | 0,26* | 0,19* | 0,26* | 0,12 | 0,06 | -0,0 |
| Личностная тревожность | 0,26* | - | 0,41** | 0,39** | 0,29* | 0,47** | 0,01 |
| Одиночество | 0,19 | 0,41** | - | 0,58** | 0,40** | 0,51** | -0,01 |
| Депрессия | 0,26* | 0,39** | 0,58** | - | 0,34** | 0,52** | 0,07 |
| Агрессивность | 0,12 | 0,29* | 0,40** | 0,34** | - | 0,56** | -0,22* |
| Враждебность | 0,06 | 0,47** | 0,51** | 0,52** | 0,56** | - | 0,02 |
| Продолжительность р-ва | -0,04 | 0,01 | -0,01 | 0,07 | -0,22* | 0,02 | - |

Примечание. * – Достоверная корреляция; ** – Высоко достоверная корреляция; “-” – Обратная корреляция.

достоверно коррелирует с продолжительностью заболевания ($r = -0,22$). Уровень враждебности высоко достоверно коррелирует с уровнем личностной тревожности ($r = 0,47$; $P < 0,01$), ощущением одиночества ($r = 0,51$; $P < 0,01$), депрессии ($r = 0,52$; $P < 0,01$) и уровнем агрессивности ($r = 0,56$; $P < 0,01$). Продолжительность заболевания обратно коррелирует с уровнем ситуативной тревожности ($r = -0,04$), одиночества ($r = -0,01$), достоверно обратно коррелирует с уровнем агрессивности ($r = -0,22$; $P < 0,05$). Показатель уровня агрессивности в зависимости от продолжительности заболевания имеет динамически изменения. Имеется статистически значимая обратная связь между продолжительностью заболевания и индексом агрессивности ($r = -0,22$; $P < 0,05$), которая свидетельствует о том, что, чем выше продолжительность заболевания, тем ниже агрессивность.

Таким образом, существуют высоко достоверные и достоверные прямые корреляции между ситуативной тревожностью, личностной тревожностью, одиночеством, депрессией, агрессивностью и враждебностью, между продолжительностью, аффектом, враждебностью и обратные связи – между продолжительностью заболевания, одиночеством и агрессивностью. Причем, чем продолжительнее заболевание, тем ниже уровень агрессивности и враждебности, что свидетельствует об активизации МПА в процессе развития расстройства.

Выводы

1. Повышенный уровень одиночества и уровень враждебности у исследуемого контингента в обеих группах являются факторами, обуславливающими стагнацию уровня аффекта как при ССЗ, так и психических расстройствах невротического уровня.
2. Доминирование уровня одиночества и враждебности у пациентов II группы свидетельствует о стигматизированном отношении социума к людям, страдающим психическими и поведенческими расстройствами.
3. Уровень агрессии при психических расстройствах невротического уровня соответствует нормальному, также как при ССЗ, что следует учитывать, как один из показателей в мероприятиях по дестигматизации лиц с психическими и поведенческими расстройствами.
4. У исследуемых групп пациентов выявлены высоко достоверные и достоверные прямые корреляции между уровнем аффекта, одиночества, агрессивности и враждебности, между продолжительностью заболевания и уровнем аффекта и враждебности, что подтверждает

сродство механизма происхождения данных клинико-психологических факторов и требует разработки терапевтических подходов в коррекции аффективного синдрома с учетом уровня одиночества и враждебности как у пациентов с НР, так и у пациентов с ССЗ.

5. При прогрессировании заболевания стабилизация уровня аффекта (тревожного – у пациентов с ССЗ и тревожно-депрессивного – у пациентов с невротическими расстройствами) и снижение уровня одиночества, агрессии и враждебности у пациентов обеих групп активизируют функционирование механизмов психологической адаптации (МПА), которые, с одной стороны являются компенсаторными механизмами, с другой – одними из факторов, способствующих хронизации аффекта и резистентности к терапии.
6. Дальнейшее углубленное изучение клинико-психологических составляющих с учетом феноменов одиночества, агрессии, враждебности, а также исследование МПА в процессе развития расстройства создаёт оптимальные предпосылки для формирования эффективных стратегий диагностики, терапии и психокоррекции как для пациентов с психическими расстройствами, так и пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистого спектра.

Литература

1. Чапала Т. В. Исследование депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца / Т.В. Чапала // Концепт. 2015. Спецвыпуск № 28.
2. Нуралиева Н.Ф. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания / Н.Ф. Нуралиева, Д.А. Напалков // Вестник РАМН. 2014. № 9–10. С. 21–26.
3. Кононов А.Н. Особенности переживания состояния тревоги кардиологическими больными в условиях стационара / А.Н. Кононов // Психология Вестник Московского государственного областного университета (электронный журнал). 2016. № 3.
4. Калашникова В.В. Особенности агрессивных и враждебных реакций при ИБС / В.В. Калашникова // Медицинская психология в России: электронный научный журнал 2016. № 5 (40).
5. Фишман Б.Б. Особенности распространенности психогенных факторов риска среди больных артериальной гипертензией различных степеней по критериям доказательной медицины / Б.Б. Фишман, И.Н. Кочанов и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2014. № 10 (2). С. 84–189.

6. *Артюхова М.Г.* Депрессия и тревога у кардио-логических больных / М.Г. Артюхова // Регулярные выпуски “РМЖ” № 12 от 13.06. 2008. 1724 с.
7. *Getting Better: Improving Health System Results in Eastern Europe and Central Asia.* Smith O., Son Nam N. Washington, DC: World Bank, 2013.
8. The association of depression at any time to the risk of death following coronary artery disease diagnosis / T. Heidi et al. // *European Heart Journal – Quality of Care and Clinical Outcomes*, Vol. 3, Issue 4, 1 October 2017, Pages 296–302.
9. Избранные лекции для врачей-кардиологов: учебное пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.
10. *Петрюк А.П.* Агрессивное поведение при различных психических расстройствах с учётом качества жизни пациентов / А.П. Петрюк // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2004. № 3. С. 99–102.
11. *Ohayon M.M.* Epidemiology of depression and its treatment in the general population // *J. Psychiatr. Res.* 2007. Apr-Jun; 41 (3–4). P. 207–13.
12. *Fatemi S., Clayton P.J.* The Medical Basis of Psychiatry. 3d ed. 2008. 799 p.
13. МКБ-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ / пер. с англ.; под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Цириня. СПб., 1994. 360 с.