

УДК 616.89.616.011.616.1

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ В СТРУКТУРЕ АФФЕКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

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

Представлен анализ уровня напряженности механизмов психологической защиты (МПЗ) при аффективных нарушениях у пациентов с сердечно-сосудистой и невротической патологией, с учетом уровня тревоги, депрессии, одиночества, агрессии и враждебности. Исследованы корреляции МПЗ и других клинико-психологических параметров в структуре аффективного синдрома.

Ключевые слова: тревога; депрессия; одиночество; агрессия; механизмы психологической защиты.

ЖҮРӨК-КАН ТАМЫР ООУЛАРЫНДА ЖАНА ПСИХИКАЛЫК БУЗУЛУУЛАРДА АФФЕКТИВДҮҮ СИНДРОМДУН ТҮЗҮМҮНДӨ ПСИХОЛОГИЯЛЫК КОРГОНУУ МЕХАНИЗМДЕРИ

Бул макалада жүрөк кан тамыр жана невротикалык оору менен ооруган бейтаптардын тынчсыздануу, депрессия, жалгыздык, агрессия жана душмандык сезимдеринин деңгээлдерин эске алуу менен аффективдүү бузулууларда психологиялык коргонуу механизмдеринин деңгээлине талдоо жүргүзүү көрсөтүлгөн. Аффективдүү синдромдун түзүмүндө психологиялык коргонуу механизмдеринин жана башка клиникалык-психологиялык параметрлердин өз ара байланышы изилдөөгө алынды.

Түйүндүү сөздөр: кооптонуу; депрессия; жалгыздык; агрессия; психологиялык жактан коргонуу механизмдери.

PSYCHOLOGICAL DEFENSE MECHANISMS IN THE STRUCTURE OF THE AFFECTIVE SYNDROME IN CARDIOVASCULAR AND PSYCHIATRIC DISORDERS

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

The article presents an analysis of the level of tension of psychological defense mechanisms (MPD) in affective disorders in patients with cardiovascular and neurotic pathology, taking into account the level of anxiety, depression, loneliness, aggression and hostility. Correlations of MPD and other clinical and psychological parameters in the structure of the affective syndrome have been studied.

Keywords: anxiety; depression; loneliness; aggression; mechanisms of psychological defense.

Актуальность. По данным ВОЗ (ВОЗ, 2017), сердечно-сосудистая патология занимает лидирующие позиции по частоте смертности среди неинфекционных заболеваний [1], а расстройства тревожно-депрессивного спектра по распространенности выходят на третье место [2–8], их ассоциированность с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) составляет более 50 % [2–4]. Противоречивость взглядов на эффекты психологической защиты, с одной стороны, как на адаптационные механизмы личностного реагирования на заболевание, с другой – как на факторы, деструктивно участвующие в процессе развития расстройства,

отражена в большом количестве литературы в области клинической психологии, начиная с трудов Зигмунда Фрейда и Анны Фрейд [5, 6, 8–12]. С учетом дефицита исследований клинико-психологических показателей, включая механизмы психической адаптации, среди пациентов общей медицинской сети, вышеуказанная проблема представляется не только актуальной, но и важной для рассмотрения факторов, обуславливающих хронизацию и резистентность сердечно-сосудистых заболеваний и психических расстройств амбулаторного уровня.

Таблица 1 – Идентификация уровня аффекта, одиночества, агрессивности и враждебности у респондентов с ССЗ и психическими расстройствами (ПНР)

Клинико-психологические параметры	I группа (n = 50)	II группа (n = 50)	Значимость (P)
Тревога (ШСТ)	40,98 ± 1,14	46,98 ± 1,32	< 0,05
Тревожность (ШЛТ)	47,58 ± 1,48	50,02 ± 1,04	< 0,05
Депрессия	38,64 ± 1	43,56 ± 1,29	< 0,05
Одиночество	16,26 ± 1,82	27,18 ± 1,86	< 0,001
Агрессия	17,6 ± 0,64	19,84 ± 0,76	< 0,05
Враждебность	10,42 ± 0,44	12,34 ± 0,46	< 0,05

Цель исследования – изучение механизмов психологической защиты (МПЗ) в структуре аффективного синдрома у пациентов с ССЗ и психическими расстройствами невротического уровня для оптимизации диагностических, терапевтических и психокоррекционных стратегий на уровне первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 респондентов с аффективным синдромом в структуре ССЗ (а именно, коронарной болезни сердца и гипертонической болезни) и психическими расстройствами невротического уровня (ПНР), соответствующих критериям диагностики МКБ-10: F3–F6 [13], на базе НЦКиТ им. М.М. Миррахимова, Республиканского центра психического здоровья (РЦПЗ), ряда ЦСМ г. Бишкека и Кара Балты, из них 55 женщин (что составило 55 %) и 45 мужчин (45 %), возраст которых в среднем составил от 19 до 55 лет. Согласно принципу нозологической принадлежности, сформировано 2 исследовательские группы: I группу составили 50 (50 %) респондентов с ССЗ, II группу – 50 (50 %) респондентов с невротическими расстройствами (ПНР).

Методы исследования. Нами использованы следующие методы исследования: полуструктурированное интервью, стандартизованные шкалы личностной (ШЛТ) и ситуативной тревожности Спилбергера – Ханина (ШСТ), шкала депрессии Цунга, шкала одиночества Рассела – Фергюсона, шкала агрессии Басса – Дарки, шкала уровня напряженности МПЗ Плутчика – Келлермана – Конте. Данные подвергались статистической обработке с помощью корреляционного анализа Пирсона (SPSS 16.0).

Результаты исследования. При идентификации среднего уровня аффекта нами выявлены следующие показатели (таблица 1): у респондентов I группы уровень ситуативной тревожности (по ШСТ) соответствует умеренной степени выраженности ($40,98 \pm 1,14$; $P < 0,05$); уровень личностной тревожности (по ШЛТ) соответствует высокой степени ($47,58 \pm 1,48$; $P < 0,05$); депрессия клинически не выражена ($38,64 \pm 1$; $P > 0,05$). У пациентов

II группы уровень тревожности по ШСТ ($46,98 \pm 1,32$; $P < 0,05$) и уровень тревожности по ШЛТ соответствуют высокой степени ($50,02 \pm 1,04$; $P < 0,05$), уровень депрессии достигает легкой степени выраженности ($43,56 \pm 1,29$; $P < 0,05$). Уровень одиночества у пациентов I группы соответствует низкой степени выраженности ($16,26 \pm 1,82$; $P < 0,001$), у пациентов II группы соответствует средней степени ($27,18 \pm 1,86$; $P < 0,001$). У пациентов I группы уровень агрессии соответствует нормальному ($17,6 \pm 0,64$; $P < 0,05$), уровень враждебности повышен ($10,42 \pm 0,44$; $P < 0,05$); у II группы уровень агрессии является нормальным ($19,84 \pm 0,76$; $P < 0,05$), уровень враждебности повышен ($12,34 \pm 0,46$; $P < 0,05$), и не намного превышает показатели I группы.

Таким образом, у пациентов обеих групп уровень тревоги значительно превышает нормальные показатели. Уровень депрессии у пациентов II группы повышен и соответствует легкой степени. Уровень одиночества соответствует низкому уровню у респондентов I группы и повышен у респондентов II группы. У респондентов обеих групп уровень враждебности превышает норму. Тем не менее, уровень агрессии у обеих исследуемых групп респондентов не превышает условные нормальные показатели (рисунок 1).

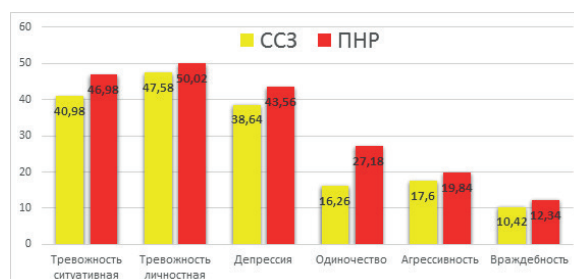


Рисунок 1 – Идентификация уровня аффекта, одиночества, агрессии и враждебности у пациентов с ССЗ и невротическими расстройствами (ПНР)

Исследование выраженности МПЗ демонстрирует следующие результаты: у пациентов I группы наиболее выражены проекция ($62,28 \pm 3,2$; $P < 0,05$), рационализация ($52,50 \pm 2,56$; $P < 0,05$) и отрицание ($47,84 \pm 2,26$; $P < 0,05$), на четвертом месте – гиперкомпенсация ($45,26 \pm 3,78$; $P < 0,05$), на пятом месте – компенсация ($38,8 \pm 3,25$; $P > 0,05$), на шестом месте – регрессия ($35,94 \pm 2,50$; $P < 0,05$), на седьмом – вытеснение ($35,8 \pm 2,28$; $P > 0,05$), на последнем месте – замещение ($26,60 \pm 2,64$; $P < 0,05$). У пациентов II группы наиболее выражен уровень МПЗ проекция ($68,72 \pm 2,77$; $P < 0,05$), на втором месте – рационализация ($52,40 \pm 2,02$; $P < 0,05$), на третьем месте – компенсация ($50,18 \pm 3,48$; $P > 0,05$), на четвертом – гиперкомпенсация ($49,46 \pm 3,59$; $P < 0,05$), на пятом – отрицание ($47,98 \pm 2,42$; $P < 0,05$), на шестом – регрессия ($45,76 \pm 3,28$; $P < 0,05$), на седьмом – вытеснение ($41,48 \pm 2,77$; $P > 0,05$), на последнем месте – замещение ($36,52 \pm 3,02$; $P < 0,05$) (таблица 2).

Таким образом, у пациентов II группы выявлен наиболее высокий уровень напряженности всех МПЗ по сравнению с пациентами I группы, причем у респондентов достоверно доминируют проекция, рационализация и гиперкомпенсация, в I группе достоверно преобладают такие МПЗ, как проекция, рационализация и отрицание (рисунок 2).

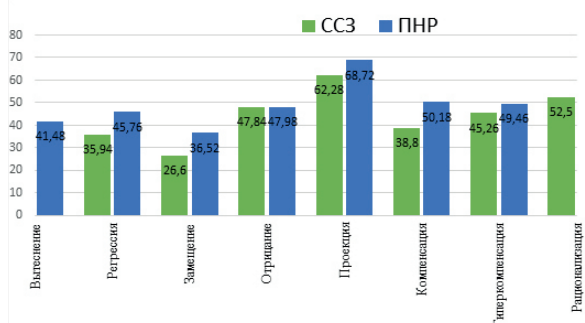


Рисунок 2 – Уровень напряженности МПЗ при ССЗ и психических расстройствах невротического уровня

Таким образом, в соотношении между группами доминирующий уровень напряженности таких МПЗ, как проекция, рационализация и гиперкомпенсация, у пациентов II группы и проекция, рационализация и отрицание у пациентов I группы, вероятно, способствуют вектору развития расстройства в континууме: психическое расстройство невротического уровня <-> ССЗ.

При проведении корреляционного анализа МПЗ во взаимосвязи с уровнем аффекта и другими клинико-психологическими параметрами нами выявлены положительные достоверные и высоко достоверные взаимообуславливающие связи:

между степенью напряженности МПЗ «замещения» и уровнем ситуативной тревоги ($r = 0,4$; $P < 0,01$), одиночества ($r = 0,4$; $P < 0,01$), агрессии ($r = 0,6$; $P < 0,01$) и депрессии ($r = 0,5$; $P < 0,01$), МПЗ «регрессии» и уровнем депрессии ($r = 0,3$; $P < 0,05$), агрессии ($r = 0,6$; $P < 0,01$) и враждебности ($r = 0,4$; $P < 0,05$), «гиперкомпенсации» и уровнем личностной тревоги ($r = 0,4$; $P < 0,01$), одиночества ($r = 0,4$; $P < 0,01$), враждебности ($r = 0,4$; $P < 0,01$), депрессии ($r = 0,3$; $P < 0,05$) и агрессии ($r = 0,3$; $P < 0,05$), «вытеснения» и уровнем депрессии ($r = 0,3$; $P < 0,05$) и агрессии ($r = 0,3$; $P < 0,05$). Другие взаимосвязи не имели достоверной выраженности (таблица 3).

Таким образом, выявленные положительные достоверные и высокодостоверные взаимообуславливающие корреляции подтверждают взаимовлияние уровня напряженности МПЗ и развития уровня тревоги – депрессии и таких клинико-психологических сдвигов, как уровень одиночества, агрессии и враждебности.

Таким образом, нами сделаны следующие **ВЫВОДЫ**:

1. Повышенный уровень одиночества, агрессии и враждебности являются факторами, обуславливающими хронизацию тревожного аффекта у пациентов с ССЗ, и тревожно-депрессивного аффекта – у пациентов с психическими расстройствами невротического уровня.

2. В соотношении между исследуемыми группами пациентов доминирующий уровень напряженности таких МПЗ, как проекция, рационализация и гиперкомпенсация – у пациентов II группы и высокий уровень напряженности таких МПЗ, как проекция, рационализация и отрицание – у пациентов I группы, способствуют направлению вектора в развитии расстройства в континууме:

← психическое расстройство невротического уровня – ССЗ (В данном случае ССЗ следует рассматривать как эксплицитную модель психосоматического заболевания).

3.1. Высокий уровень тревоги и враждебности в I группе и преобладающий уровень напряженности таких МПЗ, как «проекция», «рационализация» и «отрицание», обуславливают устойчивость нозофобических нарушений.

3.2. Доминирующие тревога, депрессия и враждебность во II группе обуславливают активизацию высокой напряженности всех МПЗ (и доминирующих по сравнению с напряженностью у пациентов I группы), наиболее выраженные из которых «проекция», «рационализация» и «гиперкомпенсация», что способствует устойчивости клинико-психопатологических проявлений в виде преимущественно социофобических, а также дистимических нарушений.

Таблица 2 – Идентификация уровня напряженности МПЗ у пациентов сердечно-сосудистого (I группа) и невротического (II группа) профилей

МПЗ	I группа	II группа	Значимость, P
Вытеснение	35,8 ± 2,28	41,48 ± 2,77	> 0,05
Регрессия	35,94 ± 2,50	45,76 ± 3,28	< 0,05
Замещение	26,60 ± 2,64	36,52 ± 3,02	< 0,05
Отрицание	47,84 ± 2,26	47,98 ± 2,42	< 0,05
Проекция	62,28 ± 3,21	68,72 ± 2,77	< 0,05
Компенсация	38,8 ± 3,25	50,18 ± 3,48	> 0,05
Гиперкомпенсация	45,26 ± 3,78	49,46 ± 3,59	< 0,05
Рационализация	52,50 ± 2,56	52,40 ± 2,02	< 0,05

Таблица 3 – Корреляции между уровнем аффекта, одиночества, агрессии, враждебности и МПЗ у исследуемого контингента респондентов

МПЗ	Вытеснение	Регрессия	Замещение	Отрицание	Проекция	Компенсация	Гиперкомпенсация	Рационализация
Уровень др. клин.-психологичес. показателей								
Тревога (ШСТ)	0,06	0,1	0,4**	-0,07	-0,04	0,02	0,06	-0,04
Тревожность (ШЛТ)	-0,02	0,1	0,09	-0,01	0,11	0,04	0,4**	-0,03
Одиночество	0,2	0,1	0,4**	0,01	0,4*	0,2	0,4**	0,06
Депрессия	0,3*	0,3*	0,5**	-0,05	0,2	0,1	0,3*	0,02
Агрессия	0,3*	0,6**	0,6**	-0,03	0,3*	0,5**	0,3*	0,02
Враждебность	0,1	0,4*	0,1	0,03	0,4**	0,1	0,4*	-0,02

Примечание. * – достоверная корреляция (P < 0,05); ** – высоко достоверная корреляция (P < 0,01); -- обратная корреляция.

3.3. Таким образом, нозофобические проявления – при ССЗ, социофобические и дистимические – при невротических расстройствах требуют включения в терапевтический процесс соответствующих психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий помимо биологической терапии по показаниям.

4. Выявленные положительные достоверные и высоко достоверные корреляции подтверждают взаимовлияние уровня напряженности МПЗ и развития уровня аффекта, одиночества, агрессии и враждебности в структуре аффективного синдрома, и требуют дифференцированного подхода в дальнейшем исследовании механизмов психической адаптации как при психических, так и при сердечно-сосудистых расстройствах, что в результате оптимизирует процессы лечебно-диагностических, психокоррекционных и профилактических стратегий.

Литература

1. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Кыргызстане: Аргументы в пользу инвестирования / Европейский Офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. 2017. 48 с. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/349684/BizzCase-KGZ-Ru-web.pdf. (Дата обращения 05.06.2018).
2. Избранные лекции для врачей-кардиологов: учебное пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.
3. Сулайманова М.Р. Коморбидные соотношения в общесоматической практике / М.Р. Сулайманова, А.С. Ким, Т.А. Нелюбова. Бишкек: Изд-во КРСУ. 2014. 128 с.
4. Сулайманова М.Р. Психические расстройства амбулаторного уровня в общесоматической

- сети Кыргызстана / М.Р. Сулайманова // Вестник КРСУ. 2016. Т. 16. № 3. С. 81–85.
5. Emotional coping is a better predictor of cardiac prognosis than depression and anxiety / С. Chiavarino et al. // *J. Psychosom Res.* 2012. Vol. 73 (6). P. 473–475.
 6. Psychological coping and recurrent major adverse cardiac events following acute coronary syndrome / N. Messerli-Burgy et al. // *The British Journal of Psychiatry.* 2015. Vol. 207 (3). P. 256–261.
 7. 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*, Volume 3, Issue 4, 1 October 2017, Pages 296–302.
 8. Гуреева И.Л. Личностные особенности кардиологических больных с паническим расстройством / И.Л. Гуреева // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008. Серия 12, выпуск 3. С. 487–491.
 9. Соложенкин В. Механизмы психической адаптации при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и неврозах: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Л. Соложенкин, 1989.
 10. Фрейд А. Психология «я» и защитные механизмы. М., 1993. Источник: URL: <https://psychosearch.ru/napravleniya/psikhoanaliz/346-anna-frejd-ego-i-zashchitnye-mekhanizmy> (Дата обращения 05.06.2018).
 11. Meissner W.W. Psychoanalysis and the mindbody relation / W.W. Meissner // *Psychosomatic perspectives.* 2006. № 70 (4). P. 295–315.
 12. Parildar H. Depression, Coping Strategies, Glycemic Control and Patient Compliance in Type 2 Diabetic Patients in an endocrine Outpatient Clinic / H. Parildar, O. Cigerli, N.G. Demirag // *Pakistan Journal of Medical Sciences.* 2015. Vol. 31 (1). P. 19–22.
 13. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ / пер. с англ.; под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Цирина. СПб., 1994. 360 с.